

ADOLFO SEVERIANO PINTO LEITE DE MAGALHÃES

**LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE TRATAMENTO EM
SAÚDE ORAL NA POPULAÇÃO SÊNIOR
INSTITUCIONALIZADA DO CONCELHO DE VILA NOVA DE GAIA**

E

**APRESENTAÇÃO DE UM PROGRAMA PARA SOLUCIONAR AS
NECESSIDADES ENCONTRADAS**

*DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE MESTRE
EM SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA APRESENTADA À
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DO PORTO*

**PORTO
2000**

**CORPO DOCENTE
DA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DO PORTO**

Professor Doutor Adão Fernando Pereira
Professora Doutora Maria Helena Raposo Fernandes
Professor Doutor Fernando Jorge Morais Branco
Professora Doutora Maria da Purificação V.S.T. Cummings
Professor Doutor António Cabral Campos Felino
Prof. Doutor João Fernando Costa Carvalho
Prof. Doutor Miguel Fernando Silva G. Pinto
Prof. Doutor Afonso Manuel Pinhão Ferreira
Prof. Doutor Rogério Serapião Martins A. Branco
Prof. Doutor Fernando José Brandão Martins Peres
Prof. Doutor Durval Manuel Belo Moreira
Prof. Doutor Francisco António Rebelo M. Caldas
Profª. Doutora Maria Adelaide C. Capelas
Prof. Doutor José Carlos Pina Almeida Rebelo
Prof. Doutor Mário Jorge Rebolho Fernandes Silva
Prof. Doutor Américo Santos Afonso
Prof. Doutor Artur Manuel Osório Morais Araújo
Prof. Doutor António Manuel Guerra Capelas
Prof. Doutor Manuel Pedro Fonseca Paulo
Prof. Doutor João Carlos G. Ferreira Pinho
Prof. Doutor Acácio Eduardo S. Couto Jorge
Prof. Doutor João Carlos Antunes S. Fernandes
Prof. Doutor César Fernando Coelho L. Silva
Prof. Doutor Germano Neves Pinto Rocha
Prof. Doutor José Albertino Cruz Lordelo
Prof. Doutor José Manuel Carvalho Dias Lopes
Profª. Doutora Maria Cristina Pinto C.M.F. Pollman
Prof. Doutor Artur Rego Alves Pinho

**PROFESSORES JUBILADOS DA FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO**

**Professor Doutor José Serra Silva Campos Neves
Prof. Dr. Amílcar Almeida de Oliveira
Prof. Dr. António Manuel Machado Capelas
Prof. Dr. Manuel Guedes Figueiredo
Prof. Dr. Manuel Desport Marques**

MESTRADO DE SAÚDE ORAL COMUNITÁRIA

COMISSÃO COORDENADORA:

Prof. Doutor Manuel Desport Marques
Prof. Doutor Acácio Eduardo S. Couto Jorge
Prof. Doutor Henrique Barros

AGRADECIMENTOS

Aos Meus Pais

Pelo incentivo e apoio incondicional que sempre me deram em todos os meus projectos académicos e pessoais.

À Kika

Pela dedicação e colaboração ao longo de todo este trabalho, sem a qual este trabalho teria sido uma estrada mais solitária, menos alegre e mais árdua.

Ao Prof. Doutor Manuel Desport Marques

Por todo o apoio, amizade, paciente dedicação, constante incentivo e grande colaboração científica.

Ao Prof. Acácio Couto Jorge

Pela iniciativa da realização deste curso, e pela constante provocação e desafio aos alunos, de iniciativas no campo da Medicina Dentária Preventiva

Ao Prof. Gerardo Rodriguez Baciero

Por todo o apoio, amizade e carinho que dedica sempre aos seus alunos e a Gerodontologia

À Dra. Sandra Gavinha

Pela amizade, colaboração e grande empenho na realização do levantamento

À Dona Eduarda

Pela grande colaboração na organização de todo o material para a realizarmos este trabalho

À Dra. Marina Nunes (Pelouro de Acção Social da Câmara de Gaia)

Um grande obrigado e parabéns pelo interesse demonstrado quer da sua pessoa quer da Câmara de Gaia neste tema

À Comissão coordenador do Mestrado S.O.C.

Pela realização deste curso que é uma grande iniciativa e motor para a área da Medicina Dentária Preventiva

À Comissão científica da Faculdade de Medicina Dentária do Porto

Pela visão da importância que tem para a Comunidade a Saúde Oral Comunitária e como tal pelo apoio e promoção deste curso, proporcionando uma formação académica de grau Mestrado aos licenciados em diferentes áreas da saúde proporcionando uma base académica teórica e prática extensa nas áreas da Saúde Oral Comunitária.

À Santa Casa da Misericórdia Gaia

À Santa Casa da Misericórdia Porto

À Santa Casa da Misericórdia Espinho

Ao Lar Santa Isabel.

Pelo carinho com que nos receberam e entusiástica colaboração neste projecto.

I – INTRODUÇÃO	1
1.1 - PANORAMA DA SAÚDE ORAL EM GERIATRIA	1
1.1.1. - SITUAÇÃO ACTUAL E DADOS DEMOGRÁFICOS	1
1.1.2 - SAÚDE GERAL E PROBLEMAS DA CAVIDADE ORAL	5
1.1.2.1 – Cáries	6
1.1.2.2 – Periodontopatias	7
1.1.2.3 - Lesões da Mucosa Oral e Cancro Oral	8
1.1.2.4 – Xerostomia	9
1.1.2.5 - Prótese e a Perda de Dentes	10
1.1.3 - PROGRAMA DE SAÚDE ORAL	11
1.2 – JUSTIFICAÇÃO	14
1.3 OBJECTIVOS E METAS	16
II - MATERIAIS E MÉTODOS	17
2.1 - CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA	17
2.2 - LARES VISITADOS, INDIVÍDUOS OBSERVADOS E TAXA DE OBSERVAÇÃO	18
2.3 - EQUIPA EXAMINADORA E CALIBRAGEM	18
2.4 - CONDIÇÕES DE INSPECÇÃO CLÍNICA	19
2.5 - INSTRUMENTOS E MATERIAIS	19
2.6 - FICHA DE REGISTO	20
2.7 - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO	20
2.7.1 - Avaliação do estado da Coroa e Raiz do Dente	20
2.7.2 - Avaliação das necessidades de tratamento dentária	22
2.7.3 - Índice CPITN	22
2.7.4 - Avaliação das Necessidades de tratamento Periodontal	24
2.7.5 - Avaliação do tipo de peças dentárias -Próteses /ou Dentes	24
2.7.6 - Avaliação das necessidades de próteses	25
2.8 - TRANSFERÊNCIA DA INFORMAÇÃO CLÍNICA REGISTADA PARA UMA BASE DE DADOS	26

III – RESULTADOS	27
3.1 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO	27
3.2 - TIPO DE PEÇAS DENTÁRIAS PRESENTES NA BOCA	29
3.3 - HÁBITOS DE HIGIENE DOS PACIENTES COM DENTES	30
3.4 - MOTIVAÇÃO PARA A REABILITAÇÃO ORAL E POSSÍVEIS LIMITAÇÕES	32
3.5 - HÁBITOS DE HIGIENE DOS POSSUIDORES DE PRÓTESE	33
3.6 - VALOR QUE O PACIENTE DÁ À SUA HIGIENE ORAL E AVALIAÇÃO QUE FAZ DESTA	35
3.7 - AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA QUE O IDOSO DÁ AO MÉDICO DENTISTA E SUA SAÚDE ORAL	38
3.8 - EXAME OBJECTIVO DA CAVIDADE ORAL	41
 IV – DISCUSSÃO	 48
4.1 - DISCUSSÃO DO DESENHO DO TRABALHO	48
4.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	49
4.2.1 - Características demográficas da população	49
4.2.2 - Tipos de peças dentárias presentes na boca	51
4.2.3 - Hábitos de higiene do pacientes com dentes	52
4.2.4 - Motivação para a reabilitação oral e suas possíveis limitações	52
4.2.5 - Hábitos de higiene dos possuidores de prótese	53
4.2.6 - Valor que o paciente dá à sua higiene oral e avaliação que faz desta.	54
4.2.7 - Avaliação da importância que o idoso dá ao médico dentista e à sua saúde oral	55
4.2.8 - Exame objectivo da cavidade oral	58

V – CONCLUSÕES	63
VI - APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA	66
6.1 – INTRODUÇÃO	66
6.2 - DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO	66
6.3 - OBJECTIVOS E METAS	67
6.4 - PLANO DE ACÇÃO	67
6.5- ENTIDADES RESPONSÁVEIS	71
6.6 - RECURSOS HUMANOS	71
6.7 – TAREFAS	72
6.8 - RECURSOS MATERIAIS	74
6.9 – CUSTOS	74
VII - DISCUSSÃO DO PROGRAMA	75
VIII - RESUMO /SUMMARY	84
IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
X – ANEXOS	97
10.1 - FICHA CLINICA	98
10.2 - CARTA LAR SANTA ISABEL	103
10.3 - CARTA LAR PEREIRA DE LIMA	104

“Last scene of all... is second childishness and mere oblivion,
sans teeth, sans eyes, sans taste, sans everything.”

SHAKESPEARE, as you like it

I-INTRODUÇÃO

1.1 - PANORAMA DA SAÚDE ORAL EM GERIATRIA

1.1.1 - SITUAÇÃO ACTUAL E DADOS DEMOGRÁFICOS

O século XX foi caracterizado por uma verdadeira revolução político social acompanhada de enormes progressos científicos que vieram alterar a nossa percepção do homem e do mundo .

A revolução político social reflectiu-se, em melhores condições de trabalho, preocupações ambientais, criação de Serviços Nacionais de Saúde, de Segurança Social, etc.

Os progressos científicos fizeram-se sentir em diversas áreas, proporcionando uma melhoria das condições de vida da população, dando mais anos à vida e em melhores condições. Os programas de vacinação, a pasteurização de alguns alimentos, consumo de água potável, o uso de antibióticos e o controle da natalidade foram algumas das medidas que revolucionaram a saúde. Estas e outras medidas proporcionaram a nível global, um aumento da esperança de vida à nascença, diminuição da taxa de mortalidade infantil mas também uma diminuição da taxa de natalidade, sobretudo nos países desenvolvidos, vindo por isto, a modificar os dados demográficos e as principais causas de morte e morbilidade da população.

Estas alterações demográficas reflectiram-se na pirâmide etária populacional, alterando a sua forma, para um formato cilíndrico e com tendência a formar uma pirâmide invertida, isto é, a base (crianças e jovens) é cada vez menor e o vértice (população com mais de 65 anos) é cada vez maior. Isto ficou bem evidente no estudo do INE intitulado “as gerações mais idosas em Portugal” e no qual podemos ver que em 1998, a população com mais de 65 anos representa 15,2 % do total da nossa população, que a maioria têm baixos rendimentos, baixo nível educacional, 19,9% vive sozinho e cerca de 5% está institucionalizada e 59,1% são mulheres. A relação entre o coorte dos mais de 65 anos e o dos 0 aos 14 anos era em 1998 de 90-100 prevendo-se que, os com mais de 65 anos venham a ultrapassar os dos 0-14 anos entre os anos de 2010-2011. ¹

O relatório referia também que neste momento a esperança média de vida de um Homem com 65 anos é de 14,4 anos e de uma mulher de 17,9 anos ¹, facto

desconhecido pelo geral da população que normalmente subestima a esperança de vida do idoso.

Estas alterações da pirâmide etária populacional resultam do rápido e contínuo crescimento da população com mais de 65 anos, sendo este o escalão etário com maior crescimento nos últimos anos, prevendo-se mesmo que esta situação venha a acentuar-se. As consequências deste crescimento irão alterar num futuro próximo as relações humanas com as devidas consequências políticas, económicas, estruturais e de segurança social.

Exemplo disso é o trabalho levado a cabo pela OMS na abordagem dos problemas de saúde que afectam os Seniores e que começou em 1979 quando a Assembleia de Saúde Mundial adoptou a primeira resolução considerando a saúde oral para os Seniores. Desde de então tem havido colaboração dos estados membros na resolução de problemas dos seniores.²

Uma das mais velhas comissões estabelecida na Europa foi em França em 1960 sob o título de "Comissão para o estudo do envelhecimento" que publicou os primeiros resultados dois anos depois, o título "La politique de la vieillesse". A OMS reconheceu que dentro de um plano nacional de saúde, a saúde para os seniores transcende a questão de estimativas e de recursos.²

Numa reunião da assembleia mundial para o envelhecimento, a pedido da OMS em 1982, este ponto foi salientado. No entanto, a ausência de dados fiáveis para o desenho de políticas e programas, é algo que ainda está na memória dos especialistas ali presentes. Para atingir este objectivo o Comité consultor de investigação para saúde da OMS recomendou o estabelecimento de programas internacionais sobre o envelhecimento dentro dos programas de saúde para a população Sénior. A assembleia Mundial de Saúde adoptou a moção em maio de 1987.²

Foi portanto aceite este desafio, que transcende o objectivo de saúde para todos no ano 2000. É um desafio que requer, por um lado que as políticas e programas sejam adoptados para aliviar o peso colocado na economia e na sociedade de todos os países, e por outro que seja totalmente acessível e garantida aos Seniores a segurança social e os serviços de saúde.

No Relatório da OMS sobre a saúde mundial em 1998 podemos encontrar as seguintes declarações:

"A nível global, a proporção de pessoas idosas a necessitar de apoio da população activa vai aumentar de 10,5% em 1955, para 12,3% em 1995 e para 17,2% em 2025.

Em 1955 havia 12 idosos para 100 pessoas abaixo dos 20 anos. Em 1995 o ratio era de 16/100, em 2025 será de 31/100.

O número de pessoas acima dos 65 anos aumentará de 390 milhões em 1998 para 800 milhões em 2025.

Até 2025 é esperado um crescimento de 300% da população idosa em muitos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina e na Ásia.

Globalmente, a taxa de crescimento anual das crianças com menos de 5 anos será de apenas 0,25%, enquanto a taxa de crescimento anual da população com mais de 65 anos será de 2,6%.

A nível global a esperança média de vida à nascença em 1955 era de 48 anos, em 1995 era de 65 anos e em 2025 será de 73 anos

O Cancro e as Doenças Coronárias estão mais relacionados com o grupo etário dos 70-75 anos do que com qualquer outro, as pessoas com mais de 75 anos estão mais sujeitas a disfunções auditivas, visuais, motoras e mentais.

Mais de 80% das mortes por Doenças Vasculares ocorre na população com mais de 65 anos. Globalmente as doenças vasculares são a principal causa de morte e morbidade na população com mais de 65 anos.

O risco de desenvolver Demência aumenta a pique a partir dos 60 anos. Tendo as Mulheres mais probabilidades de vir a sofrer devido à sua maior esperança de vida.”³

No fim de 1998, podemos observar o culminar das atenções dadas a este estrato populacional de mais de 65 anos, quando a ONU declarou que 1999 seria o “Ano Internacional da Pessoa Idosa”, decretando o dia 28 de Outubro como “Dia Mundial da Terceira Idade”, deixando bem claro o peso político e social que este estrato populacional está a assumir de dia para dia, a nível global.

Tal como nos outros Países Desenvolvidos, em Portugal, os Idosos são hoje em dia, foco de grandes atenções Político-sociais e dos media. Todos os dias vemos nos meios de comunicação, discursos sobre as Pensões de miséria dos Idosos, a luta pelo voto dos reformados, debates sobre as reformas da Segurança Social e Legislação e fiscalização das condições dos lares, criação de Partidos de defesa dos interesses dos reformados (P.S.N-Partido da Solidariedade Nacional). Vemos campanhas sobre o Turismo Sénior, Actividades de Lazer para a terceira idade, a constituição da Universidade Sénior, Campanhas de prevenção das doenças cardiovasculares, do Cancro, da Osteoporose, Programas sobre a Doença de Alzheimer, etc.

Isto não é mais que o reflexo Político, Económico e Social que este estrato populacional está a assumir na nossa sociedade de dia para dia.

Esta nova geração de idosos é mais educada, politicamente mais astuta, tem mais dentes, e o mais importante para a nossa área é que tem maior leque de necessidades e expectativas, assim como, procura uma maior variedade de soluções na área da saúde.

É muito importante que aqueles que cuidam dos idosos tenham conhecimento das mudanças que ocorrem com o envelhecimento, mais do que conseguir associá-las a um processo patológico e/ou fisiológico.

Os processos de envelhecimento caracterizam-se por uma redução das reservas funcionais, desequilíbrio do mecanismo homeopático e do sistema imunológico.

As Deficiências Nutricionais são comuns no paciente idoso. As Deficiências Auditivas são comuns a partir dos 60 anos com uma prevalência de 20 a 30% nos inseridos na comunidade, chegando a 70% nos institucionalizados. A Osteoporose é um problema comum no idoso sendo uma desordem relacionada com a idade, caracterizada por perda de massa óssea e aumento da susceptibilidade às fracturas. Os dois sintomas mais comuns que levam à institucionalização são problemas de comportamento social (Alzheimer e Demência) e incontinência.

Normalmente, definimos os Idosos como a população com mais de 65 anos, embora essa não seja a solução mais útil em saúde. Parece lógico que idosos diferentes tenham necessidades diferentes e que as suas limitações funcionais possam afectar a sua capacidade de aceitar e receber certos tratamentos.

É mais apropriado avaliar as necessidades do idoso baseando-se no nível funcional, sendo este, o indicador de saúde e bem estar. O estado funcional define-se em termos de Actividades do dia a dia (lavar-se, vestir-se, ir à casa de banho, transferir-se da cama para a cadeira, alimentar-se e continência) e Actividades instrumentais do dia a dia (telefonar, preparar refeições, controlar o dinheiro, andar a pé e sair à rua).⁴ Andar a pé e sair à rua são as actividades instrumentais geralmente

mais difíceis de realizar pelos idosos. A maioria da população de 65 anos ou mais tem capacidade para viver em comunidade, enquanto apenas 5% vive em instituições.

Para compreender um indivíduo, o pessoal médico tem de avaliar as experiências culturais, psicológicas, educacionais, sociais, económicas, alimentares e cronológicas de um coorte em que se insere este indivíduo, e que possam ter tido influência na vida deste.

Os indivíduos que procuram os serviços de saúde, acreditam que estão necessitados, o que implica acreditar também, que se estão doentes poderão ficar sãos com o tratamento. Por sua vez implica ter conceitos de saúde e expectativas de bem estar, assim como acreditar que o pessoal de saúde os pode ajudar nestes objectivo.

No geral, as pessoas idosas estereotipam-se, bem como aos da sua idade, de maneira negativa. Stoller diz que as pessoas idosas vêem a doença como uma consequência inevitável da idade. O idoso aceita ser menos saudável e activo sem procurar ajuda médica. De facto quanto mais pobre e disfuncional a condição e quanto menor o grau de educação independentemente da idade, maior é a incidência de doenças crónicas e agudas. Aproximadamente 80% dos idosos sofrem de pelo menos uma doença crónica.⁴

Quando a idade aumenta, as visitas ao médico aumentam, enquanto as visitas ao dentista diminuem. Isto deve ser atribuído em grande parte, ao aumento de doenças crónicas sistémicas, e ao aumento da taxa de edêntulismo associada ao avançar dos anos, assim como as atitudes dos idosos em relação à doença dentária e à falta de sistemas de apoio, ao acesso aos serviços dentários. De facto o valor que as pessoas dão à sua saúde dentária, influência mais do que o seu poder de compra, na utilização dos serviços dentários. Exemplo disso é o estereotipo de que, os idosos necessitam de múltiplas extracções ou que são desdentados, necessitando portanto unicamente dos serviços protéticos, o que é uma imagem largamente aceite pela opinião pública, mas que não corresponde à realidade.

No entanto, o maior desafio em gerodontologia foca-se nos mais velhos, mais doentes, mais frágeis, assim como naqueles com múltiplos problemas médico-psicológicos. Estudos longitudinais nos EUA sugerem que pessoas com mais de 65 anos têm 40% de probabilidade de passar algum tempo numa instituição antes de morrer. Daqueles que entram nas instituições, 55% vai passar pelo menos um ano lá, e 20% vai passar 5 anos.⁴ Quanto mais velha é a pessoa, maior é o risco de ser institucionalizada. Tendo em conta o aumento da população de mais de 85 anos, parece inevitável, no futuro, o aumento senão percentual pelo menos absoluto da população institucionalizada.

Este grupo de pacientes institucionalizados, tende a ser frágil, funcionalmente dependente, sem qualquer interesse pela sua saúde oral, com declínio cognitivo, falta de motivação, limitação física e pelo menos uma doença crónica. Tudo isto contribui para uma diminuição da capacidade dos cuidados pessoais e aumento do risco de doenças orais.

1.1.2 - SAÚDE GERAL E PROBLEMAS CAVIDADE ORAL

Uma grande percentagem da população com mais de 65 anos sofre de problemas articulares. A manutenção da higiene oral pode ser afectada se houver envolvimento dos dedos, pulsos, cotovelos ou ombros. O tratamento dentário pode ser intolerável quando estão afectadas as articulações cervicais ou a temperomandibular, limitando a abertura da boca.

É comum o paciente idoso sofrer de algum tipo de Doença Vascular como seja, Hipertensão, Doença Coronária, Arritmias, Doenças Vascular Periféricas e Doenças Vascular Cerebrais. Nestes pacientes devemos ter em atenção, a posição da cadeira, a duração e hora de marcação da consulta, o uso de vasoconstritor, o estado de coagulação e interacção medicamentosa no paciente.

Problemas Visuais e Auditivos podem limitar o tratamento, o acesso e a manutenção do mesmo.

A Doença de Alzheimer resulta numa perda de cuidados pessoais de saúde e dificuldade de colaboração no consultório.

A Depressões são a doença psiquiátrica mais prevalente na população de mais de 65 anos, levantando o mesmo problema da doença de Alzheimer.

Devemos ter em conta que o Idoso normalmente é polimedicado, o que resulta numa modificação na quantidade e qualidade da saliva. Mais de 66% dos indivíduos de mais de 65 anos, toma pelo menos um medicamento e a média de medicamentos pode chegar a 12.⁵

Isto tudo pode resultar, numa redução das defesas orais contra as cáries e infecções, aumento das lesões da mucosa e desequilíbrio na manutenção da higiene oral, etc.

Uma revisão bibliográfica leva-nos a concluir que a função mastigatória numa dentição funcional é menos baseada nas necessidades alimentares e mais na qualidade de vida e diversidade de alimentos acessíveis e que a mastigação tem um papel mais importante ao assegurar uma deglutição correcta do que ao preparar o alimento para a digestão.

Como tal, a mastigação é importante para pacientes que possam ter disfunções na deglutição, logo em risco de pneumonia pulmonar por aspiração dos alimentos. Portanto, pacientes que tenham tido um AVC, Doença de Parkinson, Alzheimer, Esclerose múltipla, e Miastenia gravis são pacientes de risco. Também devemos ter em conta que, os contactos sociais podem ser negativamente influenciados pela falta de dentes.⁶

De tudo que foi dito, podemos concluir que a saúde geral nunca poderá estar dissociada da saúde oral. O oposto também se verifica e como tal vamos agora abordar alguns problemas da cavidade oral:

1.1.2.1 - Cáries

As sociedades industrializadas podem ser caracterizadas por uma diminuição dos níveis de cáries nas crianças e o seu aumento na população idosa.

A cárie é uma infecção bacteriana dos dentes resultante de uma combinação de factores como sejam, virulência das bactérias do meio oral, potencial acidogénico do substrato, habilidade do indivíduo para manter uma boa higiene e a resistência inerente do dente à desmineralização.⁷ Novas e recorrentes lesões coronais, e um aumento das lesões radiculares parece estar associado ao envelhecimento. Foi observada uma maior solubilidade dos minerais da raiz aos ácidos (pH crítico de desmineralização 6.7 do cimento, comparado com 5.5 do esmalte).⁸ No entanto, as lesões de cáries radiculares podem ser inactivadas, se houver uma avaliação que permita intervir precocemente.

A avaliação do risco, é como tal, fulcral para o planeamento de programas preventivos.

Uma revisão bibliográfica sugere que as cáries podem ser encontradas em cerca de 95% da população idosa.⁷

De facto, num estudo elaborado por Hand, Hunt e Beck, estes encontraram uma incidência de cáries na população com mais de 65 anos maior que a de uma população de 14 anos de idade a residir na mesma área não fluoretada. Durante os três anos de estudo, a média de cáries desenvolvidas foi de 2,4 nas superfícies coronais e de 1,1 nas superfícies radiculares, por pessoa, por ano.⁹

Para pessoas funcionalmente frágeis e que não conseguem realizar a higiene oral independentemente, as taxas são mais altas.¹⁰

As cáries nas superfícies radiculares dos dentes, apresentam-se para o dentista, como um desafio clínico de importância crescente. Isto devido ao aumento do número de indivíduos que sobrevive até idades avançadas, ao aumento de dentes naturais retidos à medida que se envelhece, e ao facto da maioria dos dentes sobreviventes terem experimentado uma perda de ligamento periodontal precoce com a consequente exposição da raiz. Os idosos, normalmente sofrem de mais do que uma condição médica crónica, que resulta numa alteração quantitativa e qualitativa do carácter da saliva devido à doença ou à medicação usada. As doenças crónicas podem também contribuir para a diminuição da higiene oral por disfunções visuais e/ou motoras. Assim, as cáries radiculares, tal como muitas doenças que surgem em idade avançada, são o reflexo de um problema em mais do que um órgão num sistema, e a sua resolução, como tal, requer o esforço de profissionais de mais do que uma disciplina.

No que se refere às cáries radiculares, ainda há uma falta de exactidão no diagnóstico e não existe consenso quanto à abordagem na detecção, prevenção e restauração.

A perda do ligamento periodontal e exposição da superfície radicular ao ambiente oral são aceites como pré-requisitos universais para o desenvolvimento de cáries radiculares. As cáries radiculares podem aparecer em indivíduos de todas as idades, mas com o avanço da idade estas são mais prevalentes e de maior incidência. Se a prevalência de cáries radiculares for baseada na presença de lesões activas, reparadas ou estacionárias, praticamente todas as pessoas com mais de 65 anos encontram-se afectadas.

Embora os idosos tenham mais cáries e restaurações das superfícies coronais do que das superfícies radiculares, estas últimas são de duas a dez vezes mais prováveis de cariar do que as superfícies coronais. A taxa de incidência de cáries radiculares nos idosos é aproximadamente equivalente à taxa de cáries coronais nas crianças. Hand e associados encontraram em adultos com mais de 65 anos, 1,8 em 100 superfícies radiculares expostas, cariavam anualmente. Estes valores são significativamente maiores nos idosos institucionalizados.¹¹

O Estudo da população institucionalizada de Espanha, realizado por Prof. Rodríguez Baciero em 1998 chegou às seguintes conclusões: "A cárie é um problema de primeira ordem nos idosos. Quase todos os indivíduos com dentes têm cáries.

Os índices CPO (DMF), que reflectem as cáries presentes e passadas, atingem valores elevados. No entanto o componente com maior peso foi o P dos *perdidos*.

A prevalência de obturados nos idosos espanhóis é muito baixa."²

O estudo realizado pelo Prof. Mário Jorge Silva sobre a Cárie Radicular na População Institucionalizada do Distrito do Porto, chegou às seguintes conclusões: "As cáries radiculares, são uma doença altamente prevalente, mas de baixa gravidade, aumenta com a idade em ambos os sexos, tendo maior gravidade nos indivíduos que tomam medicamentos xerostomizantes.

A prevalência e gravidade das cáries radiculares não é afectada pelo estado sócio-económico e cultural dos indivíduos, durante a fase activa das suas vidas profissionais.

Praticamente todos os indivíduos com 65 anos ou mais apresentam retracção gengival em todas as raízes presentes, sem que tal signifique um aumento notório da gravidade das cáries radiculares.

As cáries radiculares não se apresentam como um problema grave para a população institucionalizada do distrito do Porto, porém o progressivo aumento do número de dentes remanescentes poderá vir a agravar esta situação."¹²

1.1.2.2 - Periodontopatias

Antigamente era aceite que a doença periodontal era generalizada nos idosos e de grau severo, assim como, a prevalência de cáries era baixa. Pensava-se que a gengivite invariavelmente evoluía para a periodontite e finalmente perda dentária. No entanto, estes conceitos já foram alterados.

Parece que, a Gengivite e as Bolsas periodontais moderadas afectam a generalidade da população idosa.

Os dados actuais indicam que a maioria dos idosos necessita de destartarização e de tratamentos periodontais de rotina sendo que só uma minoria necessita de tratamentos mais complexos.

A prevalência moderada e severa de perda de ligamento e de recessão gengival aumenta com a idade mas, a prevalência de bolsas periodontais de >4mm e >6mm não. No entanto, na população institucionalizada, a prevalência de bolsas periodontais de >4mm é maior com a idade.⁸

Os indivíduos funcionalmente dependentes por fragilidade física, confusão mental, ou demência, estão em maior risco de desenvolver doença periodontal devido à sua incapacidade de manter a sua higiene oral a um nível satisfatório. Se não houver,

por parte dos responsáveis pelos cuidados de saúde destes indivíduos, um treino e motivação para a manutenção da higiene oral destes últimos, não será possível controlar a doença periodontal e esta torna-se inevitável.⁷

Igual a qualquer paciente periodontal, os idosos necessitam de manutenção regular, e isto é particularmente importante em pacientes com limitações físicas na execução da higiene oral. A maioria das doenças crónicas que afectam o idoso não afectam directamente o tecido periodontal, mas afectam a sua manutenção. Consultas regulares de manutenção espaçadas 3 meses demonstraram ser eficazes na prevenção da perda de ligamento e da inflamação da gengiva.⁵

Johnson concluiu que, a destruição periodontal é responsável por 1/5 dos dentes perdidos nos adultos da população ocidental, e contribui para até 40% das extracções.¹³

Kamen, após revisão bibliográfica, concluiu que, os levantamentos nacionais realizados nos EUA podem diferir nas percentagens e metodologia mas são concordantes quanto :

- Ao contínuo declínio do edentulismo
- À forte associação entre a perda de inserção e ao aumento da idade.
- À severa perda de ligamento periodontal restrita a uma pequena porção da população.
- À forte associação entre o aumento da recessão gengival com a idade.
- Alta prevalência de hemorragia à sondagem em todas as idades.⁵

O Estudo da população espanhola Institucionalizada de Espanha , realizado por Prof. Rodríguez Baciero em 1998 chegou às seguintes conclusões:

Todos os idosos espanhóis com dentes têm sempre necessidade de algum tipo de tratamento periodontal.

A prevalência de sextantes com bolsas profundas foi bastante baixa.

Quase todas as necessidades de tratamento periodontal dos idosos espanhóis podem ser tratadas pelos higienistas”.²

Está estimado que 90% dos adultos com mais de 65 anos necessitam de tratamento periodontal, mas somente 15% necessitando de tratamento complexo.⁴

1.1.2.3 -Lesões da Mucosa Oral e Cancro Oral

A saúde e a integridade da cavidade oral dependem da integridade da mucosa para proteger os tecidos subjacentes da dissecação, infecção e de lesões químicas, térmicas e mecânicas.

As mudanças clínicas associadas ao envelhecimento, normalmente estão relacionadas com a expressão oral de doenças sistémicas, mau estado nutricional, efeitos secundários e interacção dos medicamentos e infecções orais.

Dois dos factores que predispõem para estas mudanças são as perdas de dentes e o uso prolongado de próteses removíveis. Estas mudanças podem ser do tipo inflamatório, atrófico e hiperplásico.⁷

Uma grande variedade de lesões orais surge no paciente geriátrico. As mais frequentes incluem, neoplasia, infecções, doenças da mucosa de base imunológica, desordens hematológicas, patologias ósseas, manifestações orais de doenças sistémicas, condições caracterizadas por dor facial e oral.

Patologias epiteliais tais como: Leucoplasias, carcinoma celular escamoso, Candidíase, Herpes Zoster, Lesões vesiculoulcerativas; Líquen Planus, Penfigóide, Penfigus Vulgaris, Eritema multiforme, Estomatite Ulcerativa Crónica, também podem estar presentes.¹⁴

A distinção entre situações fisiológicas resultantes do envelhecimento e situações patológicas é de grande importância. Devemos ter sempre em conta na avaliação de patologias orais as características fisiológicas, psicológicas e socioeconómicas do paciente.

O Cancro Oral é uma doença com maior prevalência nos idosos, sendo a idade o maior factor de risco. Cerca de 95% dos cancros orais surgem em indivíduos com mais de 40 anos e num estudo, 44% dos cancros orais apareciam em pessoas com mais de 65 anos, sendo que esta população só representa 13% do total.⁸ O tabaco e o álcool são também factores de risco.

Do que foi dito, podemos concluir a importância de uma avaliação regular da cavidade oral nos idosos.

1.1.2.4 - Xerostomia

A saliva interfere com a adesão da placa à superfície dentária e transporta enzimas que afectam a agregação das bactérias. A saliva contém anticorpos e actua como um mecanismo de limpeza dos dentes e das gengivas, e pode diminuir o desenvolvimento de doença periodontal. A diminuição do fluxo salivar aumenta a susceptibilidade à cárie e à doença periodontal. No entanto, a função mastigatória, a estética, e a fala, não são afectadas a menos que haja perda dentária.¹⁵

O envelhecimento não parece ser o factor de risco na hipossalivação, a qual estaria antes relacionada com doenças crónicas e medicação associada.¹⁶

A prevalência de doenças crónicas aumenta com a idade, assim como o uso de múltiplos medicamentos.⁸

Há mais de 400 medicamentos associados à redução do fluxo salivar. O risco de xerostomia aumenta proporcionalmente com o número de medicamentos que o paciente toma.⁵

A Medicação que pode contribuir para hipossalivação inclui anticolinérgicos, antihistamínicos, opiáceos, tranquilizantes, antidepressivos, antiparkinsonianos, ansiolíticos, antihipertensivos e diuréticos.⁸

A Xerostomia, ou secura da boca, é definida como diminuição do fluxo salivar, com amplo grau de variação¹⁷ (de 1 a 0,1 ml/min, dependendo dos estudos).^{15,18,19}

As causas da diminuição do fluxo salivar incluem: doenças auto-imunes, radiação da cabeça e do pescoço, medicação, Síndrome de Sjogren, tumores, infecção e aplasia das glândulas salivares.⁸

Quando a dessecção dos tecidos orais é extrema, a escovagem e o uso de fio dental tornam-se dolorosos, isto resulta em negligência na higiene oral e em doenças na cavidade oral. Os dentistas deviam informar os pacientes sobre os efeitos da xerostomia na saúde oral, aconselhando a beber mais líquidos, aumentar a aplicação de flúor, manter boa higiene, para evitar doenças da cavidade oral e perda dentária.¹⁵

1.1.2.5 - Prótese e Perda de Dentes

A perda de uma peça dentária é o produto final da doença dentária, mas também reflecte a atitude do paciente e a disponibilidade e acessibilidade ao dentista e aos tratamentos, bem como a filosofia de tratamento no passado.

Douglas & Furino (1990) referiram que, embora a percentagem relativa de edêntulos na população com mais de 65 anos irá diminuir gradualmente nos próximos anos, o seu número deverá manter-se constante até ao ano 2030.⁷

O conceito de arcada dentária encurtada (pré-molar a pré-molar), parece ser um objectivo realista quando os níveis de cárie são elevados e os recursos limitados “Quando não é necessário, desde o ponto de vista funcional ou estético, ... não se deve substituir os dentes ausentes.” – OMS 1992.¹¹

O Estudo da população espanhola Institucionalizada, realizado por Prof. Rodríguez Baciero em 1998 chegou às seguintes conclusões:

“Nos idosos espanhóis a viverem em instituições, a condição mais comum é o edêntulismo, numa taxa acima dos 50%.

Numa grande proporção de idosos com dentes, a necessidade dentária primordial é a extracção.

Apesar de os idosos estarem muito familiarizados com as próteses, muitas das que usam falham nos requisitos mínimos.

A proporção de dentes remanescentes é muito pequena, e muitos deles deviam ser extraídos.

O nível de conforto proporcionado pelas próteses usadas é moderado, tal como o proporcionado pelos dentes remanescentes.

A pobre qualidade das próteses usadas é suficiente para justificar a sua substituição, e devia ser feito um estudo dos custos desse programa.”²

Em 1991 o New England Elders Dental Study (NEEDS) encontrou 36.7% de edêntulos nos indivíduos com mais de 70 anos, sendo este um valor abaixo, dos 46.3%, encontrado pelo National Institute of Dental Research (NIDR) em 1985-86.⁷

No estudo da população institucionalizada do Distrito do Porto realizado pelo Prof. Fernandes, em 1995, este concluiu que²¹:

- 30,13 % da população era edêntula, sendo a maioria mulheres;
- 72,74% tinham menos de 15 dentes;
- Das metas da FDI para o ano 2000: 50% com mais de 20 dentes, apenas se registaram 17,35%;
- 30,13% dos indivíduos apresentaram extracção indicada;
- 7,57% não necessitam de prótese;
- 17,27% de edêntulos não possuíam prótese,
- Quase inexistência de próteses fixas;

Do exposto depreende-se o quanto a população institucionalizada está mutilada em termos de saúde oral, e o quanto é diminuta a sua reabilitação.

1.1.3. - PROGRAMA DE SAÚDE ORAL

Os custos cada vez maiores da Assistência de Saúde constituem um problema mundial. A comparticipação da Assistência de Saúde incidindo nos tratamentos dentários e protéticos, nos países que em que esta existe, tem vindo a ser sujeita a eliminação ou cortes drásticos, dada a limitada existência de recursos disponíveis.

Devido a estes limites, os sistemas de saúde estão cada vez mais a apoiar a utilização de medidas preventivas em detrimento dos tratamentos que representam um maior custo.

No entanto, para a elaboração de programas de Saúde Oral é necessário que se conheça o estado de saúde oral da população e as condições reais da população em causa, uma vez que é impossível estimar-se dados estranhos às localidades e populações.

Exemplo disto são as necessidades da população institucionalizada e de hospitais geriátricos que são diferentes da população geral. Facto perfeitamente compreensível, dada a alta percentagem de indivíduos com deficiências físicas e cognitivas que vivem nestes lugares.

No entanto, a elaboração de um programa de saúde oral para as necessidades dentárias, é perfeitamente inútil se estas não forem sentidas, facto que só será possível quando houver uma mudança de atitudes no sentido de uma maior procura destes cuidados.

Para isso, a compreensão dos valores e percepções atribuídos aos dentes, por uma população, é importante para se aceder à motivação que esta poderá ter no acompanhamento de um programa preventivo.

Como tal, todo o comentário sobre a necessidade de tratamento deve considerar as percepções e atitudes dos próprios pacientes, assim como o grau de incapacidade e disfunção existente entre saúde e doença.

Sabemos que, o grau de exigência do paciente com respeito à função oral, depende em grande medida de factores geográficos, culturais e sócio-económicos. Na sociedade não industrializada a procura dos serviços dentários, por parte do paciente tende a centrar-se na mastigação e ausência de dor, enquanto que nos países industrializados a principal preocupação é o aspecto, a aparência e a associação com aspectos positivos da vida como sejam o gosto e a estética. Em outras palavras, uma dentição funcional melhora a qualidade de vida.

No entanto, quando a idade aumenta, as visitas ao médico aumentam, enquanto as visitas ao dentista diminuem. Isto deve ser atribuído em grande parte ao aumento de doenças crónicas sistémicas e ao aumento da taxa de edêntulismo associada ao avançar dos anos, assim como as atitudes dos idosos em relação à doença dentária e à falta de sistemas de comparticipação aos serviços dentários.

Sabemos também que, apesar da melhor saúde bucal nos Países desenvolvidos, alguns grupos populacionais estão longe de atingir este nível de saúde, entre estes grupos encontra-se a população idosa institucionalizada, e deste grupo, poucos são os que solicitam serviços dentários, excepto em situações de urgências, embora a sua saúde oral seja pobre e careçam muito deles.

Disto podemos concluir que, a chave para a elaboração de um programa preventivo é o estado funcional da população alvo.

Sabemos que, as pessoas de mais alto risco são as fisicamente frágeis ou mentalmente confusas, a maioria destas pessoas tem a vida limitada a casa ou vive em instituições. No entanto, a questão principal continua a ser, se será apropriado a simples colocação de restaurações nos idosos, se não os ajudarmos a cuidar da sua alimentação e da sua higiene oral.

Na população idosa, a promoção da saúde oral normalmente centra-se na prevenção da cárie, doença periodontal e cancro oral.

A contínua diminuição da perda de dentes resulta num maior número de dentes em risco de cárie e doença periodontal. Embora a cárie dentária não seja tradicionalmente vista como um problema do idoso, a percentagem de cárie encontrada nos idosos é maior do que encontrada em crianças. E para as pessoas funcionalmente frágeis e que não conseguem realizar a sua higiene oral, as taxas são mais altas, pois a má higiene oral está associada ao maior número de lesões e a uma rápida progressão das mesmas.

A avaliação dos factores de risco, demonstra que as medidas para lidar com as cáries radiculares nos idosos não se limitam ao paradigma da restauração dental.

Sabemos também que a Gengivite e as Bolsas periodontais moderadas afectam a generalidade da população idosa, logo a maioria dos idosos somente necessita de destarização e de tratamentos periodontais de rotina.

O Cancro Oral é uma doença dos idosos, sendo a idade o maior factor de risco.

Um programa preventivo deve inicialmente promover a eliminação do hábito nocivo (fumar ou de consumo excessivo de álcool) tendo como estratégia secundária o diagnóstico prematuro e o tratamento, devendo por isso, encorajar as pessoas a realizarem exames de despiste de cancro oral por rotina.

A remoção de placa torna-se mais complexa no paciente idoso devido a rotações dentárias, prótese fixas e removíveis, restaurações desadaptadas, distúrbios visuais, deficiências psicomotoras, alterações do fluxo salivar, e a diminuição da motivação para cuidados pessoais.

Muitos são os adultos que provavelmente sofrem de uma ou mais doenças crónicas relacionadas com a idade, portanto polimedicados. Estes medicamentos podem ter acção directa sobre a mucosa devido à hipossalivação, sobre crescimento dos tecidos, hemorragias dos tecidos, reacções liquenoides e de hipersensibilidade.

As estratégias para lidar com xerostomia são: a reposição da saliva, a estimulação da saliva, bem como outras medidas para mitigar os efeitos da xerostomia. Uso intensivo de medidas preventivas, como sejam flúor e/ou clorhexidina para reduzir os riscos associados à xerostomia.

Disto podemos concluir que, pelo menos um exame anual dos tecidos duros e moles da cavidade oral, deve fazer parte das medidas preventivas de rotina dos idosos. Sabemos que o flúor pode remineralizar lesões incipientes, que a clorhexidina pode reduzir o número de bactérias acidogénicas e que o uso de substitutos do açúcar reduz também o ambiente acidogénico.

No entanto, continuamos com o desafio de como havemos de educar e motivar a população idosa, e aos que cuidam da sua saúde, de modo a manter uma higiene oral aceitável.

No estudo do NEEDS (1991), o edêntulismo continua associado ao baixo nível educacional e aos baixos rendimentos, defendendo os autores que, a falta de educação sobre a importância da saúde oral, e da necessidade de serviços preventivos e das consequências dessa negligência, parecem ser a barreira que contribui para esta situação.

Numa revisão de programas de saúde oral para idosos, realizada por Baat, este sublinhou a importância da instrução e demonstração com reforço e da reavaliação sistemática do programa, sugerindo que os programas devem ser adaptados à habilidade do indivíduo ou população para que foram desenhados.⁸

Segundo Helgeson e Smith, um programa com sucesso no sentido de melhorar a higiene oral e reduzir as doenças de cavidade oral, deve incluir: Plano diário de higiene oral, auxiliar de higiene oral, treino e disponibilidade de material e equipamento, higienista oral supervisionando directa ou indirectamente.²⁰

A instituição deve estabelecer um programa personalizado consoante as necessidades de cada residente. O plano deve indicar se o residente possui ou não dentes ou prótese, se o residente consegue manter a sua saúde oral.

O coração de um programa de saúde oral público são os recursos humanos necessários para o levar a cabo (Sheiham 1981).¹¹

Na população idosa institucionalizada, o pessoal de enfermagem e o pessoal auxiliar é quem proporciona aos residentes a maioria dos cuidados primários de saúde inclusive de higiene oral. Normalmente, estes cuidados são delegados ao pessoal auxiliar, que está sobrecarregado de tarefas, que é mal pago e que têm alta rotação.

A maioria, se não totalidade do pessoal auxiliar, não têm qualquer tipo de formação na área de saúde oral e não consultou o seu dentista no último ano.

Em resumo, os problemas de má higiene oral associada a fragilidade física, doenças sistémicas e polimedicação e muitas vezes a dependência em terceiros para a realização da higiene, comprometem a manutenção da saúde oral do paciente. As disfunções na destreza manual e deteriorização cognitiva dos residentes associadas à falta de informação e tempo por parte do pessoal auxiliar para os ajudar na higiene oral, leva-nos a compreender facilmente, o porquê da má higiene oral normalmente encontrada nos lares. No entanto, alguns idosos não se serviram dos cuidados dentários mesmo que estes se realizassem nas instituições. Isto não é mais que a continuação de um comportamento que tiveram ao longo da vida, tendo procurado os serviços dentários só em emergência ou em caso de dor.

Podemos concluir pelo que foi dito, que a educação sobre a importância e métodos para manter a saúde oral nesta população é uma necessidade crítica, quer para os residentes, quer para o pessoal auxiliar.

1.2 - JUSTIFICAÇÃO

Este trabalho surge como o corolário do Curso de Mestrado em Saúde Oral Comunitária do Departamento de Medicina Dentária Preventiva da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

A escolha deste tema deve-se a um conjunto de acontecimentos que coincidiram naquela altura.

Tínhamos acabado de realizar um levantamento nas escolas Primárias de Espinho e Gaia e íamos começar a preparar um trabalho para o Congresso Ibérico de Saúde Oral, quando surge a oportunidade de fazer um trabalho no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Espinho.

Acabamos por apresentar no Congresso os dados obtidos no Lar, e daí surgiu a amizade com o Prof. Rodríguez Baciero (responsável pelo Mestrado de Geriatria e Gerodontologia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do País Basco) e o Convite para frequentar o Curso de Mestrado de Geriatria e Gerodontologia da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do País Basco.

Para além destas felizes coincidências, não podemos deixar de referir que 1999 foi declarado pela ONU “Ano Internacional da Pessoa Idosa”. Esta declaração, não é mais do que uma confirmação do peso que a população com mais de 65 anos têm vindo a ganhar em termos Políticos, Económicos e Sociais a nível Global.

Outros factores que contribuíram bastante para a escolha do tema foram :

O facto de existirem poucos dados a nível nacional, sobre o estado de Saúde Oral da população com mais de 65 anos, pelo que o estudo que foi feito pode contribuir para a actualização, e melhor compreensão das necessidades desta população.

O facto de ser sempre aconselhável saber as necessidades da população alvo antes da elaboração de qualquer programa, não devendo este ser elaborado baseado em dados de outras populações.

A escolha da População com mais de 65 anos, deve-se ao facto destes representarem uma grande percentagem dos nossos pacientes em clínica privada, com tendência a acentuar-se este padrão.

As referências bibliográficas apontam para o alto peso que esta população têm nos custos da saúde e como já foi dito, um programa preventivo é muito mais barato do que os tratamentos, daí o interesse em elaborar um plano de acção para a Promoção e Prevenção na Saúde Oral nesta população.

O alto grau de necessidades de tratamento a Nível Dentário (restaurações, Extracções e T.E.R.) e a nível de reabilitação protética presentes na população com mais de 65 anos.

Os resultados do levantamento que obtivemos em Espinho, confirmando um padrão necessidades não satisfeitas enorme, tal como vêm referido na bibliografia sobre esta população noutros países.

O facto de haver dois grandes estudos nesta área e sobre a população de mais de 65 anos que tinham sido realizados por professores desta casa e que nos despertaram o maior interesse pelo tema.^{12,21}

O facto de cada vez mais, haver competição pelas verbas na área da saúde, o que obriga as instituições que gerem a saúde a procurar as medidas mais económicas

para resolver as necessidades encontradas e como sabemos, quando é possível prevenir, fica sempre mais barato as Medidas Preventivas, do que as Medidas Curativas com tratamentos mais complexos.

O Concelho de Gaia foi escolhido pelo interesse que este sempre demonstrou em colaborar com o Departamento de Medicina Dentária Preventiva, e pela proximidade geográfica à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

A opção pela População Institucionalizada, foi pelo facto de esta ser mais fácil de controlar em termos de trabalho, mais acessível de para observação, pois residem todos no local de observação e por ser uma população extremamente carenciada e com enormes necessidades bem como pelo interesse que as Instituições manifestaram pelo trabalho e a falta de apoio e conhecimento que todo o Pessoal de saúde e auxiliar que trabalha com esta população, manifestou sentir nesta área da medicina dentária.

O facto de estar previsto a nível Mundial e em Portugal também, que a população com mais de 65 anos venha a aumentar a sua percentagem e a sua longevidade, facto que implica mais pessoas vivendo até mais tarde, o que faz prever o aumento do número de pessoas institucionalizadas, pois também é sabido que quanto mais velho, mais probabilidades se têm de entrar para uma instituição e mais anos poderão vir a passar lá.

Os objectivos da OMS de Saúde para todos, chamou-nos a atenção para a População Institucionalizada, pois é das mais marginalizadas e necessita desta atenção.

O alto grau de necessidades associado ao grande número de doenças crónicas e por sua vez à polimedicação a que esta População está sujeita, torna este estrato populacional um grande desafio em termos de gestão da sua saúde.

1.3 - OBJECTIVOS e METAS

LEVANTAMENTO DA SAÚDE ORAL DA POPULAÇÃO INSTITUCIONALIZADA DE GAIA

- Conhecer as condições reais de funcionamento do lar.
- Realisar uma primeira abordagem aos residentes e a todo o Pessoal que directa e indirectamente lida com eles no dia a dia .
- Prevalência de Edêntulos
- Prevalência de Cárie Coronais e Radiculares
- Prevalência de Restaurações Coronais e Radiculares
- Prevalência de Perdas de peças dentárias
- Índice C.P.O.
- Avaliação das Necessidades de Tratamento Dentário (Restaurações, Extracções, T.E.R.)
- Avaliação do tipo de peças Dentárias -Naturais e/ou Protéticas
- Avaliação das Necessidades de Prótese
- Índice C.P.I.T.N.-Necessidades de Tratamento Periodontal.
- Avaliação dos Hábitos de Higiene dos Idosos.
- Avaliação da Motivação e Educação para a Higiene Oral.
- Avaliação da Motivação e Educação para Reabilitação Oral.

APRESENTAÇÃO DE UM PROGRAMA PARA RESOLVER ESTAS NECESSIDADES

- Definição dos Objectivos
- Atribuição de responsabilidades
- Definição dos Recursos Humanos necessários e sua tarefas
- Definição dos Recursos Materias necessários
- Plano de acção
- Duração e Frequência
- Custos

II-MATERIAIS E MÉTODOS

Para a elaboração deste levantamento, seguimos escrupulosamente as linhas de orientação da OMS publicadas no "Oral Health Surveys: Basic Methods (4th Edition, 1997)" ²²

Nesta investigação epidemiológica, foi considerada como população alvo o conjunto de indivíduos que no ano de 1999 se encontravam internados nas instituições de apoio à terceira idade do concelho de Vila Nova de Gaia.

Obtivemos através do pelouro de Acção Social da câmara de Vila Nova de Gaia uma listagem onde vêm discriminado por freguesias as instituições existentes com o número de utentes internos e/ou de centro de dia, bem como uma estimativa da população com mais de 65 anos no ano 2000. Foi-nos assim possível registar 398 indivíduos internos, no total dos 6 Lares, que no Concelho de Gaia funcionam como residências.

Contactamos por telefone e por escrito as instituições, dando-lhes a conhecer os objectivos da investigação e solicitando permissão para entrevistar e inspecionar todos os idosos que quisessem colaborar.

Uma vez concedida a autorização, voltamos a contactar as instituições em questão, para calendarizar as entrevistas e exames aos utentes, bem como para explicar como iriam decorrer as observações e o número de utentes que desejamos observar por dia.

Em todas as visitas, antes de iniciar os exames, tivemos uma reunião com o funcionário do lar (assistente social ou enfermeiro), responsável por fazer a ponte entre nós e os utentes, dando-lhe indicações de como iria decorrer o exame, quais os objectivos, e motivando quanto a necessidade e importância do levantamento.

Estamos muito gratos pela admirável colaboração dos Utentes (população alvo), Assistentes Sociais, Enfermeiros, Médicos, Directores, Pessoal Auxiliar e de todos os que em geral lidam com os utentes.

Não queremos deixar de fazer referência à maneira calorosa de como sempre fomos recebidos, da qual estaremos eternamente gratos.

2.1 - CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi constituída por todos os indivíduos funcionalmente independentes, de ambos os sexos, residentes das instituições visitadas e que, nos dias das visitas se disponibilizaram voluntariamente a serem examinados. Tivemos assim a possibilidade de observar um total de 245 indivíduos.

2.2 - LARES VISITADOS, INDIVÍDUOS OBSERVADOS E TAXA DE OBSERVAÇÃO

LAR	INTERNOS	ACAMADOS	OBSERVADOS	TAXA DE OBSERVAÇÃO
SALVADOR BRANDÃO	100	28	51	51%
TAVARES DE BASTOS	48	12	23	47,9%
SANTA ISABEL	100	30	68	68%
ALMEIDA E COSTA	66	24	58	87,8%
PEREIRA DE LIMA	25	0	21	84%
CONDE DE DEVESAS	59	0	24	40,6%
TOTAL	398	94	245	61,5%

Nota: Embora os acamados tenham sido incluídos neste quadro por uma questão de curiosidade, não fazem parte da população alvo e como tal não contam para a taxa de observação.

2.3 - EQUIPA EXAMINADORA E CALIBRAGEM

O examinador de todos os utentes foi sempre o mesmo (SG; Médica-Dentista, Mestrando de SOC), bem como o anotador (AM.; Médico-Dentista Mestrando do SOC), não estando por isso, o levantamento sujeito, a diferenças inter-examinador ou inter-anotador.

As tarefas do Anotador (Autor) eram:

- O Preenchimento total da ficha e realização da Entrevista.

As tarefas do Examinador eram:

- Inspeção da Cavidade Oral e Avaliação das Próteses.

Tanto o Examinador como o Anotador estavam devidamente familiarizados com a ficha, tanto no que se refere ao seu preenchimento, como à sua realização.

Ambos já tinham realizado anteriormente levantamentos.

Ambos tinham realizado previamente um estudo piloto que decorreu num Lar da Santa Casa da Misericórdia de Espinho, envolvendo 50 utentes e que serviu para avaliar a aplicabilidade e compreensão da ficha, possíveis alterações, cumprimento do objectivos para que foi desenhada, possíveis dificuldades na abordagem às Instituições, ao Pessoal do lar e em especial aos residentes, bem como para fazer uma calibragem prévia do examinador e do entrevistador. O clínico que assegurou a observação de todos os idosos foi submetido a calibragem, realizada entre esse mesmo clínico e um examinador externo familiarizado com este tipo de levantamentos, com o objectivo de minimizar a variabilidade de diagnóstico, isto é os desvios sobre os critérios estabelecidos. Esse examinador externo foi quem marcou os critérios, para os quais o observador teve que confluir, e que permitiu medir o grau de acordo entre ambos. Foi obtido um coeficiente de Cohens's Kappa para CPO e para CPITN, considerado ótimo e razoável respectivamente, segundo a OMS.

2.4 - CONDIÇÕES DE INSPECÇÃO CLÍNICA

As observações foram realizadas em salas com boa iluminação natural, geralmente o gabinete médico ou a enfermaria da instituição, e que na maioria dos casos, revelou-se ser o local de mais fácil acesso para os utentes da instituição.

Os utentes foram observados estando sentados voltados para a janela, nunca a mais de dois metros desta, mas com a preocupação de nunca serem iluminados pela luz solar directa.

Depois de estarem confortavelmente sentados em cadeiras normais ou de rodas de forma a poderem dar a melhor colaboração possível, o examinador instalava-se em frente, também sentado. O anotador dos resultados por sua vez, procurava instalar-se numa posição que lhe permitisse ouvir claramente as indicações do examinador.

As observações foram realizadas durante as segundas feiras de manhã, das 9.30 às 12.00. O dia da semana foi o único encontrado que servia os interesses de todos os colaboradores no trabalho. O período e as horas de realização ficaram condicionados pela facilidade que havia de encontrar maior colaboração por parte dos residentes das instituições nesse período do dia, sendo as horas limitadas pelo fim do pequeno almoço e início do almoço, pois antes das 09.30 ainda estavam no pequeno almoço e a partir das 12.00 ficavam inquietos para ir almoçar.

As fichas foram numeradas por ordem de preenchimento e nunca se ultrapassou as 20 observações diárias.

Ao fim do dia as fichas eram todas revistas de forma a corrigir qualquer erro que fosse detectado.

2.5. - INSTRUMENTOS E MATERIAL UTILIZADOS.

Para inspecção, dado esperarmos encontrar grande prevalência de desdentados totais, utilizaram-se dois tipos de kits (disponibilizados pelo departamento de Medicina Dentária Preventiva da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto):

- Kit esterilizado contendo um espelho bucal plano Nº 5

- Kit esterilizado contendo um espelho bucal plano Nº 5 (Alpro), uma sonda exploratória nº4-6 (Maillefer) uma sonda periodontal OMS (Mi 0900.G.C.American) e pinça.

O equipamento exploratório incluía ainda material descartável como seja:

Luvas de látex (Septol-Satelec) que eram sempre mudadas entre cada paciente.

Máscaras de protecção naso-bucal (para a equipa examinadora).

Guardanapos de papel (para recolha de próteses removíveis quando existiam).

Gases esterilizadas para remoção de depósitos moles e matéria alba quando existiam.

Depois de usados, os Kits (material não descartável), eram reenviados para a esterilização da Faculdade de Medicina Dentária, para serem esterilizados com o propósito de reutilizarmos na visita seguinte.

Em cada visita providenciou-se sempre um número suficiente de instrumentos, para que não tivéssemos necessidade de os reutilizar na mesma sessão.

2.6 - FICHA DE REGISTO

- 1- Identificação da ficha, do indivíduo e data;
- 2- Características demográficas da população (idade, sexo, escolaridade, anos-lar)
- 3- Avaliação do tipo de peças dentárias (naturais e/ou artificiais);
- 4- Hábitos de higiene dos pacientes com dentes;
- 5- Hábitos de higiene dos portadores de prótese;
- 6 - Motivação para a reabilitação oral;
- 7- Valor que o paciente atribui à sua higiene oral e avaliação que faz desta;
- 8 - Grau de satisfação com a cavidade oral;
- 9 - Importância que o paciente dá ao médico dentista na sua saúde oral e à sua saúde oral;
- 10 - Exame objectivo da cavidade oral e avaliação das necessidades de tratamento; (CPOD; CPOR; Necessidades de tratamento dente; CPITN; Necessidades de tratamento protéticas);

2.7. - CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

2.7.1 - AVALIAÇÃO DO ESTADO DA COROA E RAIZ DO DENTE

(CPO Dente e CPO Raiz)

Para a recolha de dados referentes ao estado da Coroa e Raiz dos dentes e devido registo dos mesmos, consideramos os seguintes critérios que nos pareceram os mais indicados para esta situação e adaptando a partir das indicações da OMS no Oral Health Surveys, Basic Methods 4th Edition 1997 ²² :

Sã (código 0) : A *Coroa* foi registada como *sã* se não apresentava sinais evidentes de Tratamento ou de Cárie. As fases de Cárie que não apresentavam cavitação, bem como as situações iniciais de cárie foram excluídas porque não podiam ser registadas com clareza. A *Raiz* foi considerada *Sã* quando se encontrava exposta na Cavidade Oral, mas não apresentava sinais de lesão tratada ou por tratar.

Assim uma coroa foi considerada **Sã** quando:

Apenas apresentava uma mancha branca

Colorações ou manchas rijas, escuras e brilhantes que não apresentavam sinais de amolecimento à sondagem.

Sulcos ou Fissuras no esmalte que não apresentavam sinais visíveis de amolecimento detectável à sondagem.

Lesões que pela sua distribuição e/ou história e ao ao exame visual e táctil demonstraram serem provenientes de abrasão.

Cariada (código 1) : Consideramos a *Coroa* Cariada quando existia numa superfície uma lesão com amolecimento num buraco ou fissura ou em qualquer parede sem sinais de dúvida. Os dentes com restaurações temporárias foram incluídos neste critério. Quando existia destruição total da coroa e apenas restava a raiz, julgava-se que as cáries tinham tido origem na coroa e como tal foram registadas nesta secção.

Considerou-se a *Raiz* Cariada quando existia numa superfície uma lesão com amolecimento. Se a cárie radicular estivesse separada da cárie coronal deviam ser apontadas em separado, em caso de estarem juntos a cárie devia ser apontada no local mais provável de ter sido originada.

Se houve-se dúvidas na origem da cárie ambos os locais deviam ser apontados.

Os dentes cariados que apresentavam restaurações foram considerados como cariados.

Obturada (código 2) : Consideramos *Coroa* Obturada, quando esta apresentava uma ou mais restaurações permanentes, sem sinais evidentes de cárie.

Considerou-se *Raiz* Obturada, quando esta apresentava uma ou mais restaurações permanentes, sem sinais evidentes de cárie e a restauração era separada da coronal em caso desta última existir. Em caso da restauração ser coronoradicular tentava-se saber qual a origem da restauração e apontava-se nesse local, mas em caso dúvida apontávamos tanto a coroa como a raiz.

Perdida por cárie (código 3) : Registamos os dentes que tinham sido perdidos na realidade por cárie e nos quais não houvesse dúvida quanto à causa .

Extracção indicada (código 4) : Usamos este código para registo de dentes que apresentavam uma destruição tal, que a sua recuperação se tornava impossível.

Era aplicável tanto para a *Coroa* como para a *Raiz*.

Excluída ou perdida por outro motivo (Código 5) : Foi usado este critério para dentes que se encontravam ausentes e que se pensa terem sido perdidos por outro motivo que não cárie, como: problemas congénitos, problemas periodontais, trauma,etc. Este critério serviu tanto para a *Coroa* como para a *Raiz*. Quando o paciente era edêntulo optamos por inserir a perda Dentária neste Código pois os Pacientes baralhavam-se muito a explicar a causa de perda dos Dentes.

Não registado (código 9) : Utilizamos este código, quando não era possível examinar o estado da *Coroa* e da *Raiz* por qualquer motivo.

2.7.2 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE TRATAMENTO DENTÁRIAS

As necessidades de tratamento foram directamente extrapoladas da avaliação realizada sobre o estado da coroa e raiz de cada dente e registadas individualmente, de acordo com critérios que nos pareceram os mais indicados para esta situação e adaptando a partir das indicações da OMS no Oral Health Surveys, Basic Methods 4th Edition 1997 ²².

Assim as necessidades de tratamento registaram-se com os seguintes códigos:

Não necessita tratamento (código 0) : Dente que não apresentava sinais clínicos de patologia ou quando o dente estava excluído ou perdido por Cárie e como tal não necessitava tratamento.

Necessidade de obturação (código 1): Dente que apresentava coroa e/ou raiz com necessidade de restauração.

Necessidade de T.E.R. (código 2): Dente que apresentava sinais evidentes de comprometimento Pulpal, mas ainda possuía estrutura suficiente para ser restaurado.

Necessidade de extracção (código 3) : Dente que se apresentava sem possibilidade de recuperação quer por destruição devida a cárie, quer por problemas periodontais, quer por necessidade de colocação de prótese ou outro motivo.

Não registado (código 9) : Neste código registamos aqueles dentes em que não era possível fazer uma avaliação correcta da necessidade de tratamento.

2.7.3 - ÍNDICE CPITN

Baseamos a escolha deste índice, no facto de a OMS e a FDI o indicarem como, o mais utilizado para levantamentos epidemiológicos, com o fim de descrever a prevalência e a gravidade da doença periodontal, Emili, 1999.

No nosso caso, o objectivo é conhecer as necessidades reais deste grupo populacional e assim, a escolha deste método foi feita não só por ser o mais recomendado, mas também por ser aquele que, através da sua realização, nos dá uma perspectiva real das necessidades de tratamento a partir dos dados registados, sendo portanto esse o nosso objectivo.

Para a realização deste índice, seguimos as normas da OMS e assim foi utilizada uma sonda Periodontal com a extremidade em bola de 0,5 mm de diâmetro e bandas escuras que serviam como indicadores da profundidade das bolsas periodontais quando existentes. Essas bandas escuras estavam colocadas entre os 3,5-5,5 mm e entre os 8,5-11,5 mm da ponta da sonda.

Devendo a sonda ser usada com o mínimo de pressão possível, (aproximadamente 20mg, que corresponde a colocar a sonda por baixo da unha do polegar e fazer uma ligeira pressão até o tecido se tornar isquêmico), tendo os critérios de diagnóstico sido estabelecidos como foi referido anteriormente, por uma calibragem prévia entre o examinador e um examinador externo.

Para a recolha dos dados foram seguidas as normas que definem este Índice, adoptadas pela OMS e descritas no Oral Health Surveys-Basic Methods 4th Edition ²²

A boca dividida em sextantes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e do 44-48. Para que cada sextante fosse avaliado, teriam que existir no mínimo duas peças dentárias não indicadas para extracção.

Em cada sextante foram considerados apenas os dentes índice (para indivíduos maiores de 20 anos), que foram: 17 e 16, 11 , 26 e 27, 36 e 37, 31 , 46 e 47.

Na ausência de dentes índice, são examinados todos os dentes desse sextante.

Quando só existe um dente num dado sextante, esse sextante é excluído e o dente avaliado no sextante adjacente.

Quando os Sisos eram avaliados não tínhamos em conta a medição da superfície distal.

Denominamos os sextantes pelos seus dentes índices, isto é:

No sextante de 18-14 chamou-se de **sextante 16**

No sextante de 13-23 chamou-se de **sextante 11**

No sextante de 24-28 chamou-se de **sextante 26**

No sextante de 38-34 chamou-se de **sextante 36**

No sextante de 33-43 chamou-se de **sextante 31**

No sextante de 44-48 chamou-se de **sextante 46**

Os códigos para o registo dos dados :

Dente são (Código 0) : Quando na ausência de sinais patológicos e de hemorragia após sondagem

Hemorragia à sondagem (código 1) : Quando não existia cálculos, nem bolsas periodontais, mas surgia hemorragia após a sondagem feita com suavidade.

Cálculos (código 2) : Quando é visível a presença de cálculos supra gengivais e/ou possível sentir a presença de cálculos subgengivais ou outros factores de retenção de placa bacteriana, mas em que a Banda escura dos 3,5-5,5mm da sonda ainda é totalmente visível.

Bolsas de 3,5-5,5 mm (código 3) : Quando a banda escura dos 3,5-5,5mm da sonda fica parcialmente oculta;

Bolsas \geq 6mm (código 4) : Existência de bolsa periodontal igual ou maior do que 6mm, em que pelo menos um dente do sextante, isto é a banda escura dos 3,5-5,5mm da sonda fica totalmente oculta por gengiva.

Sextante excluído (código X) : Porque não apresentava o mínimo de dois dentes presentes sem extracção indicada nesse sextante e como tal não era passível de avaliação.

Não registado (código 9) : Qualquer sextante que não fosse registado independentemente do motivo.

2.7.4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE TRATAMENTO PERIODONTAL

As Necessidades de tratamento Periodontal podem facilmente ser extrapoladas a partir da análise do CPI, e assim temos:

TN0 - (Código 0 do CPI) - Sem qualquer necessidade de tratamento.

TN1-(Código 1 do CPI) - Ensino de métodos de escovagem apropriados e motivação.

TN2-(Código 2 e 3 do CPI) - Ensino de métodos de escovagem apropriados e motivação, remoção de cálculos e curetagem radicular.

TN3-(Código 4 do CPI) - Ensino de métodos de escovagem apropriados e motivação, remoção de cálculos e curetagem radicular e/ou tratamento cirúrgico periodontal complexo.

2.7.5 - AVALIAÇÃO DO TIPO DE PEÇAS DENTÁRIAS-NATURAIS E/OU PROTÉTICAS

Foi feita uma observação à boca do paciente, para se obter um diagnóstico relativamente à presença ou ausência de dentes e/ou prótese, parcial ou total, e de portadores e não portadores de prótese; Esse diagnóstico foi executado apenas por inspecção directa e registado com os seguintes códigos, quer para o maxilar quer para a mandíbula:

Total sem prótese (código 0) - Desdentado completo sem Prótese.

Total com prótese portador (código 1) - Desdentado completo com Prótese e Portador desta.

Total com prótese não portador (código 2) - Desdentado completo com Prótese, mas não Portador desta.

Parcial sem prótese (código 3) - Desdentado parcial sem Prótese

Parcial com prótese portador (código 4) - Desdentado parcial com Prótese e Portador

Parcial com prótese não portador (código 5) - Desdentado parcial com Prótese, mas não Portador

Com todos os Dentes (código 6) - Paciente com todos os dentes presentes de 2º molar a 2º molar.

Não registado (código 9) - Quando por qualquer motivo não nos foi impossível registar o tipo de peças dentárias

2.7.6 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE PRÓTESE

Para a avaliação das necessidades de prótese, foram utilizados os seguintes códigos, registados individualmente para a mandíbula e para o maxilar, e seguindo as recomendações da OMS com pequenas adaptações, para que a avaliação das necessidades se tornasse mais cómoda, mas sem que essas alterações interferissem de modo negativo na avaliação destas necessidades.

Sem necessidade de prótese (Código 1) : Quando o paciente não apresentava sinais de necessidade de prótese ou por não ter perdido nenhuma peça dentária ou porque aquelas que perdeu foi em número e local que não justifica a sua substituição quer funcional, quer esteticamente.

Necessidade de conserto (Código 2) : Houve da nossa parte uma subvalorização das necessidades de rebasamento, sendo assinalado apenas quando havia fracturas e/ou perdas de dentes que indicavam aumento do número de dentes da prótese e como tal a necessidade de conserto.

Necessita de PPR (Código 3) : Quando o paciente apresentava necessidade de substituição de algumas peças dentárias quer por motivos estéticos quer funcionais, ou quando a prótese que este apresentava na cavidade oral não tinha possibilidades de ser aumentada ou mesmo consertada por o seu estado não permitir.

Necessita PT (Código 4) : Quando o paciente apresentava necessidade evidente de prótese total, ou porque não a possuía ou porque aquela que apresentava na cavidade oral, não possuía condições para compensar sua readaptação.

Não registado (Código 9) : Quando não era possível a avaliação das necessidades de prótese.

Para os pacientes com Prótese Total foi realizado um exame simples e directo por parte do médico dentista sobre retenção, estabilidade e controlo muscular da Prótese Total para avaliar a necessidade ou não de nova prótese, de rebasamento ou de realinhamento desta.(2)

Para a avaliação do **controle muscular** - Pedíamos ao paciente para abrir bem a boca, e observávamos se havia deslocação notória da prótese, nas superiores para baixo nas inferiores para cima.

Para a avaliação da **retenção** - A Retenção foi determinada para ambas as arcadas, exercendo uma ligeira pressão com o indicador entre a região palatina ou lingual e a região incisal da prótese, classificando como existindo ou não retenção.

Para a avaliação da **estabilidade** - A Estabilidade foi determinada para ambas as arcadas, exercendo uma ligeira pressão com o indicador na região prémolar da prótese e observando se havia um deslocamento superior a 3mm da linha média. Sendo a Estabilidade assinalada como existindo ou não.

2.8 - TRANSFERÊNCIA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA REGISTRADA PARA UMA BASE DE DADOS E PROCESSAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados recolhidos foram electronicamente processados numa base de dados e tratados estatisticamente por meio do programa SPSS - PC versão 8.0.

A análise estatística seguiu a orientação do departamento de bioestatística da FMUP.

A análise consistiu em :

- a) um estudo descritivo dos dados - variáveis qualitativas e quantitativas (valor absoluto e frequência)
- b) um estudo analítico dos dados: relação entre duas variáveis, usando o teste Qui-quadrado. As diferenças com probabilidade inferior a 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas.

III-RESULTADOS

3.1 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO:

Nesta amostra da população sénior (>de 65 anos) institucionalizada do concelho de Gaia, podemos observar nos quadros 1 e 2 os resultados obtidos quanto às Características Demográficas desta População.

Quadro-1

Idade*	S/ Dentes		C/ Dentes		Total	
	n	%	n	%	n	%
65 – 74 anos	20	21,3	63	41,7	83	33,9
75 – 84 anos	49	52,1	72	47,7	121	49,4
≥ 85 anos	25	26,6	16	10,6	41	16,7
Total	94	100,0	151	100,0	245	100,0
Sexo						
Feminino	69	73,4	99	65,6	168	68,6
Masculino	25	26,6	52	34,4	77	31,4
Total	94	100,0	151	100,0	245	100,0
Escolaridade						
≥ 4 anos	19	20,2	44	29,1	63	25,7
< 4 anos	53	56,4	69	45,7	122	49,8
Sem escolaridade	22	23,4	38	25,2	60	24,5
Total	94	100,0	151	100,0	245	100,0
sem dentes	-	-	-	-	94	38,4
com dentes	-	-	-	-	151	61,6
total	-	-	-	-	245	100,0

*As diferenças entre os sem dentes e com dentes são estatisticamente significativas. (p<0,05)

No **Quadro 1**, podemos observar a distribuição por **idade, sexo, escolaridade e Quanto à presença ou ausência de dentes** para o total da amostra, para os edêntulos e para os com dentes.

Na distribuição quanto à **Idade**, a maior percentagem 49,4% (121) encontra-se no escalão etário dos 75-84 anos, seguindo-se o escalão dos 65-74 anos com 33,9% (83), sendo o escalão de menor percentagem 16,7% (41) o dos idosos com ≥85 anos. Esta distribuição seguiu a mesma ordem de grandeza dos escalões etários para os indivíduos com dentes, verificando-se, no entanto, ligeiras diferenças percentuais.

Para os edêntulos, observamos uma mudança na ordem de grandeza dos escalões etários, sendo que, o escalão dos 75-84 anos manteve a maior percentagem com 52,1% (49), seguida dos indivíduos de ≥85 anos com 26,6% (25) e em último os de 65-74 anos com 21,3% (20). Entre os indivíduos com dentes e os edêntulos em relação à idade o $p = 0,002$, por outras palavras as diferenças entre os com dentes e os edêntulos são estatisticamente significativas quanto à idade ($p<0,05$).

Na distribuição por **Sexo**, para o total da amostra, 68,6% (168) pertence ao sexo feminino contra os 31,4% (77) ao sexo masculino. Sendo que, a mesma relação se mantém, quer nos edêntulos, quer nos com dentes, mas com ligeiras diferenças percentuais em relação ao total da amostra. Entre os indivíduos edêntulos e com dentes em relação ao sexo o $p = 0,199$

Na distribuição por **Escolaridade**, para o total da amostra, os indivíduos com <4 anos de escolaridade representam 49,8% (122), ≥ 4 anos de escolaridade, 25,7% (63) e os sem escolaridade 24,5% (60).

Para os indivíduos com dentes, esta ordem percentual mantém-se mas podemos observar uma ligeira redução percentual dos <4 anos a favor dos com ≥ 4 anos, não havendo praticamente alteração da percentagem dos sem escolaridade.

Nos edêntulos, embora os <4 anos tenham 56,4% (53), a ordem altera-se, os sem escolaridade são 23,4% (22) e os com ≥ 4 anos 20,2% (19).

Entre os indivíduos edêntulos e com dentes em relação a escolaridade o $p = 0,202$

Em relação ao **Edêntulismo** para o total da amostra, observamos que 61,6% (151) têm pelo menos um dente e 38,4% (94) são edêntulos em ambos os maxilares.

Quadro-2

Questão – Há quantos anos está no lar ?	S/ Dentes		C/ Dentes		Total	
	n	%	n	%	n	%
<= 1 ano	16	17,0	32	21,2	48	19,6
1 – 5 anos	34	36,2	67	44,4	101	41,2
6 – 10 anos	27	28,7	36	23,8	63	25,7
> 11 anos	17	18,1	16	10,6	33	13,4
Total	94	100,0	151	100,0	245	100,0

No **Quadro 2**, referente aos **anos que estão no lar**, podemos observar para o total da amostra que, 41,2 % (101) está no lar de há 1-5 anos, 25,7 % (63) está no lar de há 6-10 anos, 13,4% (33) está no lar há >11 anos, e que se somarmos os 6-10 anos com os há >11 anos temos que 39,1% (96) está há 6 ou mais ano, e somente 19,6 % está a 1 ano ou menos.

Em relação aos com dentes e aos edêntulos, a ordem dos diferentes escalões mantém-se igual à do total da amostra, verificando-se somente ligeiras diferenças percentuais. Entre os indivíduos com dentes e os edêntulos, em relação ao anos que está no lar $p = 0,321$

3.2 - - TIPO DE PEÇAS DENTÁRIAS PRESENTES NA BOCA:- PRÓTESES E/OU DENTES NATURAIS

Quadro-3

Paciente Desd. Sup.	Paciente Desd. Inferior							Total
	Total sem prótese	Total c/ prótese portador	Total c/ prótese não portador	Parcial sem prótese	Parcial c/ prótese portador	Parcial c/ prótese não portador	Com dentes	
Total sem prótese	14	0	0	5	0	0	0	19
Total c/ prótese portador	8	62	3	7	3	1	0	84
Total c/ prótese não portador	0	0	7	0	0	0	0	7
Parcial sem prótese	4	0	0	86	5	0	0	95
Parcial c/ prótese portador	1	3	0	7	15	0	5	31
Parcial c/ prótese não portador	0	0	0	1	0	3	0	4
Com dentes	0	0	0	0	0	0	5	5
Total	27	65	10	106	23	4	10	245

No **Quadro 3**, parece-nos importante referir o Total de **19** indivíduos sem prótese total superior (S/PTS), sendo que destes 14 também não possuíam prótese total inferior (S/PTI) ou seja, **14** indivíduos edêntulos sem qualquer tipo de reabilitação oral, e se a estes somarmos os 7 idosos NP/PTS e NP/PTI temos um total de **21** idosos edêntulos e sem prótese, aproximadamente **10%** da amostra. É curioso observar que estes **14** também estão incluídos no total de **27** idosos que não possuem prótese total inferior (S/PTI) ou seja há **27** indivíduos que, quer tenham dentes ou prótese na maxila, não têm dentes na mandíbula que lhes permita mastigar os alimentos, tendo portanto, os dentes superiores uma função unicamente estética. Aliás, isso mesmo nos foi referido por estes últimos que, se possuidores de prótese total superior, as removiam aquando das refeições. É ainda de referir os **65** portadores de prótese total superior e inferior, que representam aproximadamente **27%** da amostra. Tal como os **26** indivíduos que quer tenham prótese ou dentes inferiores são edêntulos superiores não reabilitados.

Quanto aos não portadores de prótese total (NP/PT) é de referir os 7 idosos não portadores de prótese total superior (NP/PTS) e inferior (NP/PTI) e ainda os **3** indivíduos portadores de PTS e não portadores de PTI, perfazendo o total de **10** idosos NP/PTI e se a estes somarmos os 27 S/PTI temos **37** idosos edêntulos na mandíbula e que não têm ou não usam qualquer tipo de reabilitação oral na mandíbula, o que representa aproximadamente **15%** da amostra.

Não queremos deixar de referir o que me parece ser um elevado numero, de **86** idosos desdentados parciais superiores e inferiores sem qualquer tipo de reabilitação protética, e que correspondem a **35%** da amostra e contrapondo com um número embora reduzido, se calhar não tanto quanto muitos esperariam, de **5** idosos com todos os dentes que correspondem a aproximadamente **2%** da amostra.

3.3 - HÁBITOS DE HIGIENE DOS PACIENTES COM DENTES: (pacientes com pelo menos um dente)

Os quadros 4, 5, 6, e 7 ilustram os hábitos de higiene dos indivíduos com dentes nesta amostra.

Quadro-4

Questão – Quantas vezes escova os dentes por dia ?	<i>n</i>	Percentagem (%)
0	68	45,0
1	29	19,2
≥ 2	50	33,1
Não Soube Responder	4	2,6
Total	151	100,0

No **Quadro 4** referente ao **número de escovagens por dia**, podemos verificar que a maior percentagem 45% (68) corresponde aos idosos que não escova diariamente os seus dentes, seguida pelos idosos com duas ou mais escovagens diárias com 33,1% (50), e por último os idosos que escovam 1 vez ao dia 19,2% (29). É de referir os 2,6% (4) que não souberam responder, isto é referiram ora que escovavam, logo já diziam que só de vez enquanto e sempre à espera da nossa aprovação da sua resposta, provavelmente deviam ser incluídos no grupo que não escova os dentes, mas por uma questão de rectidão para com os parâmetros, como não souberam escolher uma das respostas do questionário foram incluídos neste grupo.

Quadro-5 Dos 68 indivíduos inquiridos com dentes que não os escovam diariamente

Questão – Porque não escova os dentes ?	<i>n</i>	Percentagem (%)
Não sente necessidade	40	58,8
Tem falta de destreza manual	9	13,2
Falta de meios mecânicos	5	7,4
Falta de apoio de auxiliares ou familiares	2	2,9
Não soube responder	12	17,6
Total	68	100,0

No **Quadro 5** referente ao **motivo de não escovar diariamente**, como podemos ver 58,8%(40) dos idosos que não escovam, alegam não sentir qualquer necessidade, sendo que 17,6% (12) não soube responder, o que, na nossa opinião, revela uma falta de motivação e/ou de interesse “necessidade” na saúde oral.

No entanto, 13,2%(9) alegou falta de destreza manual, à qual podemos somar os 2,9% (2) que referiu falta de apoio na saúde oral e 7,4% (5) que alegou falta de meios mecânicos, totalizando 23,5% (16) que necessitam de algum tipo de apoio.

Quadro-6

Questão – Usa pasta de dentes?	<i>n</i>	Percentagem (%)
Sim	63	41,7
Não	88	58,3
Total	151	100,0
Questão - Bochecha com solução?	<i>n</i>	Percentagem (%)
Sim	18	11,7
Não	127	84,1
Não registado	6	4
Total	151	100,0
Questão – Fio dentário, sabe o que é?	<i>n</i>	Percentagem (%)
Sim	5	3,3
Não	146	96,7
Total	151	100,0

No **Quadro 6** é de referir os 58,3% (88) que *não usam pasta de dentes*, os 84,1% (127) que *não bochecha com solução* alguma e os 96,7% (146) que *não sabem o que é fio dentário*.

Quadro-7

Questão – Sempre teve os mesmos hábitos de higiene ao longo da vida ?*	S/DENTES		C/DENTES		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sim	32	34	107	70,9	139	56,7
Não	54	57	42	27,8	96	39,2
Não sabe responder	8	8,5	2	1,3	10	4,1
Total	94	100	151	100	245	100

*As diferenças entre os sem dentes e com dentes são estatisticamente significativas. (p<0,05)

No **Quadro 7** referente à **manutenção dos hábitos de higiene ao longo da vida** para o total da amostra, 56,7% (139) dos indivíduos diz que sempre teve os mesmos hábitos de higiene ao longo da vida, 39,2% (96) diz que não e 4,1% (10) não sabe responder. Esta ordem de escalões mantem-se para os com dentes verificando-se no entanto diferenças percentuais. Para os sem dentes a ordem dos escalões altera-se, sendo o escalão dos que não mantiveram sempre os mesmos hábitos de higiene a ter maior peso percentual com 57% (54), seguido dos sim 34% (32) e os não souberam responder com 8,5% (8). Entre os indivíduos sem dentes e com dentes encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação ao facto de terem sempre os mesmos hábitos de higiene o $p < 0,001$

3.4 - MOTIVAÇÃO PARA A REABILITAÇÃO ORAL E SUAS POSSÍVEIS LIMITAÇÕES.

Quadro-8 Os 152 indivíduos incluem idosos a quem falta pelo menos um dente, e que não têm e/ou que não são portadores de prótese.

Questão – Não usa prótese porquê ?	n	Percentagem (%)
Não sente necessidade	41	27,0
Não tem recursos económicos	45	29,6
Não tem facilidade de se deslocar ao médico	4	2,6
Não consegue usar	26	17,1
Não soube responder	36	23,7
Total	152	100,0

No **Quadro 8** referente ao motivo **porque não usa prótese**, observamos que o maior escalão percentual é de 29,6% (45) para os idosos que dizem não têm recursos económicos, depois vêm 27% (41) que alega não sentir necessidade, logo 23,7% (36) não soube escolher nenhuma das respostas possíveis, o que demonstra uma vez mais, falta de interesse “necessidade” por parte de alguns, mas também vergonha de outros em dizer que não tinham recursos, 17,1% (26) disse não conseguir usar e só 2,6% (4) alegou dificuldade de acesso ao médico.

Quadro- 9 a) A todos os pacientes a quem faltava pelo menos um dente fez-se a seguinte pergunta:

Questão – Acha que se conseguia adaptar a uma prótese ?	n	Percentagem (%)
Sim	112	46,7
Não	113	47,1
Não sabe responder	15	6,3
Total	240	100,0

No **Quadro 9 a)** referente à opinião pessoal de cada indivíduo **se conseguia adaptar a uma prótese**, 47%(113) dos idosos disse ser difícil conseguir adaptar a uma prótese ou colocar uma nova, valor praticamente idêntico à percentagem de 46,7%(112) dos que dizem não ver qualquer dificuldade de adaptação a uma prótese ou a colocação de uma nova.

Quadro 9 b) Os 152 indivíduos incluem idosos a quem falta pelo menos um dente, e que não têm e/ou que não são portadores de prótese.

Questão – Acha que se conseguia adaptar a uma prótese ?	n	Percentagem (%)
Sim	54	35,5
Não	90	59,2
Não sabe responder	8	5,3
Total	152	100,0

Neste quadro podemos observar que 59,2% (90) acha que não, 35,5% (54) acha que sim e 5,3% (8) não sabe responder.

3.5 - HÁBITOS DE HIGIENE DOS POSSUIDORES DE PRÓTESE

Quadro –10 Nesta amostra de 245 indivíduos, 131 são possuidores de prótese.

Questões	n	Porcentagem (%)
Sempre teve os mesmos hábitos de Higiene ao longo da vida?		
Sim	73	55,7
Não	57	44,3
Há quanto tempo tem prótese?		
0-2 anos	9	6,9
2-6 anos	18	13,7
6-10 anos	28	21,4
> 10 anos	76	58,1
Quantas vezes escova a sua prótese por dia?		
0	30	22,9
1	27	20,6
2	41	31,3
≥ 3	33	25,2
O que usa para escovar a Prótese?		
Escova dos Dentes	108	78,6
Outro Meio (mãos)	18	13,7
Não soube responder	10	7,6
O que usa para lavar a sua prótese?		
Água	56	42,8
Sabão	21	16
Dentífrico	54	41,2
Consegue falar sem dificuldade com as suas próteses?		
Sim	112	85,5
Não	19	14,5

No **Quadro 10**, na pergunta se **sempre teve os mesmos hábitos de higiene antes e depois de ter prótese total e/ou parcial**, podemos observar que 44,3 % (57) diz ter alterado os hábitos de higiene (número de escovagens) depois de começar a usar prótese, contra 55,7% que diz não ter alterados os seus hábitos de higiene.

Na pergunta **Quanto aos anos de prótese** podemos observar que 58,1% (76) dos portadores de prótese já as tinham há mais de 10 anos, seguido de 21,4% (28) que as têm de 6 –10 anos que se somados totalizam 79,5% (104) que possuem próteses há mais de 6 anos, 13,7% (18) têm as próteses de 2-6 anos e só 6,9% (9) possuía próteses de 0-2 anos.

Na pergunta relativamente ao **Número de escovagens diárias da prótese**, podemos observar que o maior grupo percentual realiza duas escovagens diárias, correspondendo a 31,3% (41), seguido pelo grupo de três ou mais escovagens com 25,2% (33), mas infelizmente segue-se com 22,9% (30) o grupo que não escova diariamente as próteses, e por último com 20,6%(27) temos os que escovam pelo

menos uma vez ao dia. Ou seja quase 80% dos portadores de prótese alega escovar pelo menos 1 vez ao dia.

Na pergunta relativamente aos **Meios mecânicos de escovagem**, podemos observar que 78,6% (108) possui meios mecânicos (escova), contra 13,7% (18) que usa as mãos e 7,6 (10) não soube responder.

Na pergunta sobre **O que usa para lavar as próteses**, podemos observar que 42,8% (56) lava as próteses só com água, contra 41,2% (54) que as lava com dentrífico, sendo que, somente 16% (21) as lava com sabão, este seria o mais recomendado pois é menos abrasivo que o dentrífico, não facilita a acumulação de tártaro e têm efeito detergente e cosmético suficientes para manter uma boa higiene da prótese quando auxiliado por uma boa escovagem facto que aliás, seria sempre necessário a qualquer boa manutenção da higiene da prótese.

Na pergunta relativamente à **Dificuldade de falar com a prótese**, podemos observar que 85,5% (112) fala sem dificuldade, contra somente 14,5% (19) dos portadores de prótese referir algum a dificuldade ao falar com as próteses colocadas.

3.6 - VALOR QUE O PACIENTE DÁ À SUA HIGIENE ORAL E A AVALIAÇÃO QUE FAZ DESTA.

Quadro –11

	S/ Dentes		C/ Dentes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Considera a escovagem importante?						
Sim	78	83,0	119	78,8	197	80,4
Não	11	11,7	30	19,9	41	16,7
Não sabe responder	5	5,3	2	1,3	7	2,9
Total	94	100	151	100	245	100
Considera que higieniza correctamente os seus dentes ou próteses?*						
Sim	69	73,4	106	70,2	175	71,4
Não	8	8,5	40	26,5	48	19,6
Não sabe responder	17	18,1	5	3,3	22	9,0
Total	94	100	151	100	245	100
Acha que deveria haver alguém na instituição que ajudasse na higiene oral?						
Sim	32	34,0	60	39,7	92	37,5
Não	51	54,3	83	55,0	134	54,7
Não sabe responder	11	11,7	8	5,3	19	7,8
total	94	100	151	100	245	100
Satisfeito com as condições gerais da cavidade oral?						
Sim	64	68,1	93	61,6	157	64,1
Não	29	30,9	55	36,4	84	34,3
Não responde	1	1,0	3	2,0	4	1,6
Total	94	100	151	100	245	100
Satisfeito com a mastigação?						
Sim	63	67,0	111	73,5	174	71,0
Não	30	31,9	38	25,2	68	27,8
Não responde	1	1,1	2	1,3	3	1,2
Total	94	100	151	100	245	100
Satisfeito com a aparência dos dentes e/ou prótese?*						
Sim	73	77,7	107	70,9	180	73,5
Não	14	14,9	40	26,5	54	22,0
Não responde	7	7,4	4	2,6	11	4,5
total	94	100	151	100	245	100

* As diferenças entre os sem dentes e com dentes são estatisticamente significativas. (p<0,05)

No **Quadro 11** referente às seguintes questões: **Considera a escovagem importante, Considera que higieniza correctamente os seus dentes e/ou prótese, Acha que deveria haver alguém na instituição que ajudasse na higiene oral, Esta satisfeito com as condições da cavidade oral, esta satisfeito com a mastigação, se está satisfeito com a aparência dos dentes**, encontramos as seguintes respostas:

Na pergunta se **Considera a escovagem importante**, verificamos que 80,4% (197) do total da amostra *sim* considera importante a escovagem, tendo esta percentagem mais peso nos edêntulos 83% (78) do que nos indivíduos com dentes 78,8% (119), facto curioso mas que se explica pelos edêntulos com prótese se sentirem obrigados a escovar a prótese logo a seguir as refeições, pois queixavam-se

que se não o fizessem estas ficam a incomodar na boca, 2,9% (7) idosos não souberam responder. As percentagens para edêntulos e com dentes são praticamente iguais ao total e não há alterações na ordem de grandeza das respostas. Entre os indivíduos edêntulos e com dentes em relação à pergunta se considera a escovagem importante o $p = 0,059$

Quando inquiridos **Se considera que higieniza correctamente os dentes ou prótese**, 71,4% (175) do total da amostra respondeu que *sim* contra 19,6% (48) que considera que *não*. É notória a grande percentagem de edêntulos que não soube responder, demonstrando talvez a insegurança sobre os seus conhecimentos em saúde oral, pois a pergunta foca na capacidade de manter os dentes ou próteses limpos sendo colocada nestes termos. Entre os indivíduos edêntulos e com dentes, em relação à pergunta se considera que higieniza correctamente os dentes, o valor do $p < 0,001$, indica que há diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos com dentes e edêntulos para esta pergunta.

Na pergunta sobre **Se deveria haver alguém na instituição para ajudar na higiene oral**, 54,7% (134) do total da amostra respondeu que *não* e podemos constatar que as diferenças percentuais para os edêntulos 54,3% (51) e com dentes 55% (83) em relação ao total, é mínima.

Dos 37,5% (92) que respondeu que *sim*, podemos constatar uma ligeira diferença dos edêntulos 34% (32) e dos com dentes 39,7% (60) para o total da amostra.

Dos 7,8% (19) do total da amostra que não soube responder as diferenças percentuais para os edêntulos e os com dentes foi ligeira. Entre os indivíduos edêntulos e com dentes em relação a esta pergunta, o valor do $p = 0,168$

Na pergunta referente à **Satisfação com as condições da cavidade oral**, 64,1% (157) do total da amostra respondeu que *sim*, contra 34,3% (84) que respondeu que *não* e só uma pequena percentagem 1,6% (4) *não soube responder*. Podemos observar ligeiras diferenças percentuais nestes três escalões (*sim/ não/ não sabe responder*) tanto para os edêntulos como para os com dentes em relação ao total da amostra, no entanto a relação de ordem das percentagens mantêm-se igual nos três grupos (total/ edêntulos /com dentes). Entre os indivíduos edêntulos e com dentes em relação à satisfação com as condições gerais da cavidade oral o valor do $p = 0,546$

Na pergunta referente à **Satisfação com a mastigação (capacidade)**, 71% (174) do total da amostra respondeu *-sim-*estar satisfeito, contra 27,8% (68) que respondeu *não* estar satisfeito com a mastigação, somente 1,2% (3) não souberam responder. Tal como, na pergunta anterior podemos observar ligeiras diferenças percentuais nestes três escalões(*sim/ não/ não sabe responder*) tanto para os edêntulos como para os com dentes em relação ao total da amostra, no entanto a relação de ordem das percentagens mantêm-se igual nos três grupos (total/ edêntulos/ com dentes). Entre os indivíduos edêntulos e com dentes em relação à satisfação com a mastigação o valor do $p = 0,515$

Na pergunta referente à **Aparência dos dentes ou próteses (estética)**, 73,5% (180) referiu *-Sim-* estar satisfeito, contra 22% (54) que disse que *Não*, somente 4,5%

(11) *não souberam responder*. Tal como na pergunta anterior, podemos observar ligeiras diferenças percentuais nestes três escalões (sim/ não/ não sabe responder) tanto para os edêntulos, como para os com dentes, em relação ao total da amostra, no entanto, a relação de ordem das percentagens mantem-se igual nos três grupos (total/ edêntulos /com dentes). Entre os indivíduos edêntulos e com dentes em relação à satisfação com a aparência dos dentes ou prótese o valor do $p = 0,032$, ou seja, há diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos com dentes e edêntulos para esta pergunta.

3.7 - AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA QUE O IDOSO DÁ AO MÉDICO DENTISTA NA SUA HIGIENE ORAL E À SUA SAÚDE ORAL

Quadro -12

	S/ Dentes		C/ Dentes		Total	
	n	%	n	%	n	%
Quando foi a última vez que visitou o Médico Dentista?*						
<1 ano	7	7,4	47	31,1	54	22,0
1-5 anos	14	14,9	36	23,9	50	20,5
>5 anos	70	74,5	55	36,4	125	51,0
Não sabe responder	3	3,2	13	8,6	16	6,5
Porque visita o Médico Dentista?*						
Rotina	0	0	3	2,0	3	1,2
Só com dores	10	10,6	38	25,2	48	19,6
Extracção	31	33,0	57	37,8	88	36,0
Prótese	33	35,1	20	13,2	53	21,6
Destartarizar	0	0	3	2,0	3	1,2
Nunca visita	18	19,2	11	7,2	29	11,8
Outros(tratar)	2	2,1	16	10,6	18	7,4
Não responde	0	0	3	2,0	3	1,2
Não visita regularmente o Médico Dentista porque?*						
Não precisa	68	72,4	62	41,1	130	53,1
Não tem recursos	19	20,2	47	31,1	66	26,9
Não pode deslocar-se	5	5,3	13	8,6	18	7,3
Outros (medo)	2	2,1	6	4,0	8	3,3
Não responde	0	0	23	15,2	23	9,4
Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes?*						
Sim	67	71,3	86	57	153	62,5
Não	14	14,9	60	39,7	74	30,2
Não responde	13	13,8	5	3,3	18	7,3
Aceitava que o Médico Dentista a trata-se nesta Instituição						
Sim	83	83,3	140	92,7	223	91
Não	7	7,5	8	5,3	15	6,1
Não responde	4	4,2	3	2,0	7	2,9
Se pudesse ir ao Médico Dentista neste momento o que lhe pedia para fazer?*						
Extraír um dente	0	0	26	17,2	26	10,6
Destartarizar	1	1	22	14,6	23	9,4
Tratar um dente	0	0	30	19,9	30	12,3
Novas próteses	49	52,1	18	11,9	67	27,3
Observação	4	4,3	9	6,0	13	5,3
Outra(nada)	36	38,3	42	27,8	78	31,8
Não responde	4	4,3	4	2,6	8	3,3
Acha que o Médico Dentista a podia ajudar na sua saúde oral?*						
sim	63	67,0	129	85,4	192	78,4
não	30	31,9	17	11,3	47	19,2
Não sabe	1	1,1	5	3,3	6	2,4

*As diferenças entre os sem dentes e com dentes são estatisticamente significativas. (p<0,05)

Para a avaliação da importância que o idoso dá ao Médico Dentista na sua higiene oral e à sua saúde oral foram-lhes postas diversas questões cujos resultados estão apresentados no **quadro 12**. Estas questões são: **Quando foi a última vez ao dentista?, Porque visita o Médico Dentista?, Não visita regularmente o Médico Dentista porquê?, Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes?, Aceitava que o Médico Dentista a trata-se nesta Instituição?, Se pudesse ir ao Médico Dentista neste momento o que lhe pedia para fazer?, Acha que o Médico Dentista a podia ajudar na sua saúde oral?**

Relativamente à pergunta **“Quando foi a última vez ao dentista?”** 51% (125) do total da amostra respondeu *há mais de 5 anos*, 22% (54) *há menos de 1 ano*, 20,5% (50) *de 1-5 anos* e somente 6,5% (16) *não soube responder*.

Quando comparamos estes valores do total da amostra com os encontrados para os edêntulos e para os com dentes, observamos diferenças percentuais de relevo, em alguns escalões. No escalão de *há mais de 5 anos* para os edêntulos corresponde a 74,5% (70) destes, enquanto para os com dentes a 36,4% (55). No escalão *há menos de um ano* para os edêntulos corresponde a 7,4% (7) enquanto para os com dentes a 31,1% (47). Por isto, não é de admirar que para esta pergunta tenhamos encontrado diferenças estatisticamente significativas das respostas entre os edêntulos e os com dentes com um valor de $p < 0,001$.

Quanto á pergunta **“Porque visita ou visitava enquanto ainda tinha dentes, o médico dentista?”** A resposta com maior peso no total da amostra foi *extracção* com 36% (88), seguida de *só com dores* com 19,6% (48) sendo estas duas causas complemento uma da outra, permitindo-nos afirmar que 55,6% do total da amostra diz só ir ao dentista em *emergências* e normalmente para extrair não pensando em tratar.

A seguir vêm as *próteses* com 21,6% (53), logo depois os que *nunca visitaram o dentista* com 11,8% (29) sendo espantoso ver 19,2% (18) dos edêntulos e 7,2% (11) dos com dentes, que dizem nunca ter ido ao dentista.

Os que responderam para *Tratar* 7,4% (18), por *Rotina* 1,2% (3) e *destartarizar* 1,2% (3), podem ser incluídos no mesmo escalão, de idosos já motivados e de mais fácil acesso podendo servir de motor de ignição para um programa de saúde oral. É curioso verificar que este grupo é quase na totalidade composto por elementos do grupo com dentes, excepção feita a 2 edêntulos que responderam *tratar*

Só nos falta comentar os 1,2% (3) que *não respondeu* e que deveria ser incluído provavelmente, nos que não visitam nunca ou nos para extracção e/ou com dor.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as respostas dos edêntulos e com dentes para a pergunta **“Porque visita ou visitava enquanto ainda tinha dentes, o médico dentista?”** com valor de $p < 0,001$.

Isto é notório, como podemos ver no quadro, em que os edêntulos respondem 35,1% *prótese* contra 13,2% dos com dentes; em que os edêntulos respondem 19,2% *nunca ter visitado* contra 7,2% dos com dentes; em que 2,1% dos edêntulos refere que *ia tratar* contra 10,6% dos com dentes, sendo estes os exemplos mais flagrantes.

Na questão **“Não visita regularmente o Médico Dentista, Porquê?”**, a resposta com maior peso percentual para o total da amostra, foi *Não precisa “necessita”* com 53,1% (130), havendo evidentes diferenças no peso desta resposta

para os edêntulos 72,4% (68) e dos com dentes 41,1% (62), tornando evidente o que atrás já dissemos.

A segunda resposta com maior peso para o total da amostra foi *não têm recursos* com 26,9% (66), representando 31,1% (47) para os com dentes e 20,2% (19) para os edêntulos.

A seguir vieram os que *não souberam responder* com 9,4% (23), pertencendo exclusivamente ao grupo dos com dentes em que representam 15,2% (23).

Os que declararam *difficuldades em deslocar-se* representam 7,3% (18) do total da amostra, sendo de 5,3% (5) para os edêntulos e de 8,6% (13) para os com dentes.

Os que referiram *medo* como resposta, são 3,3% (8) do total da amostra e 4% (6) para com dentes e 2,1% (2) para os edêntulos. Como se pode verificar entre os edêntulos e os com dentes há diferenças estatisticamente significativas para as respostas a esta perguntas com valor de $p < 0,001$.

Na questão **“Independente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes?”**

O *sim* foi a resposta com maior peso percentual em todos os grupos, sendo de 62,5% (153) para o total da amostra, de 71,3% (67) para os edêntulos e de 57% (86) para os com dentes, demonstrando claramente o cepticismo quanto aos meios preventivos, como sejam, uma boa manutenção da higiene e nas capacidades da Medicina Dentária e do Dentista para resolver os seus problemas. As diferenças percentuais de edêntulos e com dentes eram de prever pois se não têm dentes é natural que sejam mais cépticos.

30,2% (74) do total da amostra respondeu *não* representando esta resposta 39,7% (60) para os com dentes e 14,9% (14) para os edêntulos valores que seriam de esperar tendo em conta o peso para cada um destes grupos da resposta anterior.

Os que *não souberam responder*, representam 7,3% (18) do total da amostra, sendo a sua distribuição pelos outros grupos interessante, visto representar 13,8% (13) dos edêntulos e somente 3,3% (5) dos com dentes. Como se pode verificar entre os edêntulos e os com dentes há diferenças estatisticamente significativas para as respostas a esta perguntas com valor de $p < 0,001$.

Quanto à pergunta **“Aceitava que o Médico dentista a tratasse nesta instituição?”**, 91% (223) do total da amostra respondeu que *sim*, 6,1% respondeu que *não* e 2,0% respondeu *não saber*. Entre os edêntulos e os com dentes em relação ao total da amostra não houve diferenças na ordem das respostas nem da sua grandeza percentual. Como se pode verificar entre os edêntulos e os com dentes não há diferenças estatisticamente significativas para as respostas a esta perguntas com $p = 0,448$.

Quanto à pergunta **“ Se pudesse ir ao Médico dentista neste momento, o que lhe pedia para fazer?”**

As respostas no total da amostra foram: 31,8% (78) *Nada*, 27,6% (67) *Próteses*, 12,3% (30) *Tratar um dente*, 10,6% (26) *Extrair um dente*, 9,4% (23) *Destartarizar*, 5,3% (13) *Observação* e 3,3% (8) *Não soube responder*.

Dos que responderam *Nada*, representavam 38,3% (36) dos edêntulos e 27,8% (42) dos com dentes, existindo uma diferença percentual notória e que seria de esperar

pelo que já ficou dito noutras perguntas deste quadro, sobre o valor que os idosos dão ao médico dentista na sua saúde e à sua motivação para saúde oral, sobretudo os edêntulos.

Aos que responderam *nada*, 31,8% (78) deveríamos somar os que escolheram *observação* 5,3% (13), pois isto foi uma resposta concedida, por alguns idosos para não escolher *nada*, o que para o total da amostra representaria então 36,1% sendo representativo da percepção das necessidades, em saúde oral, que têm os idosos.

Poderíamos também somar os 12,3% (30) para tratar um dente com os 9,4% (23) para destartarizar que pertencem quase exclusivamente aos com dentes, como aliás seria de esperar, e que totalizariam 21,7% do total da amostra. O peso da soma destes dois escalões para os com dentes é de 34,5% representando os que estão motivados para a preservação das suas peças dentária e da manutenção da sua saúde oral.

Os 27,3% (67) do total da amostra que fariam próteses, como seria de prever, têm um grande peso nos edêntulos representando 52,1% destes contra 11,9% dos com dentes.

Notório são os 10,6% (26) do total da amostra que fariam uma extracção, pois como é obvio, pertencem todos aos com dentes, representando 17,2% deste grupo e demonstra que embora sintam necessidades pensam que o tratamento só passaria pela extracção, o que em alguns casos não deixa de ser verdade, dada avançada destruição de algumas peças dentárias. Como se pode verificar entre os edêntulos e os com dentes há diferenças estatisticamente significativas para as respostas a esta perguntas com valor de $p < 0,001$.

Quanto à questão se “**Acha que o Médico Dentista o pode ajudar na sua saúde oral ?**”

É interessante reparar que 78,4% (192) do total da amostra acha que *sim* sendo que 85,4% (129) dos com dentes deram esta resposta e 67% (63) dos edêntulos contra 19,2% do total que respondeu *não*, sendo 11,3% (17) com dentes e 31,9% (30) edêntulos. Como se pode verificar entre os edêntulos e os com dentes há diferenças estatisticamente significativas para as respostas a esta perguntas com valor de $p < 0,001$.

3.8 - EXAME OBJECTIVO DA CAVIDADE ORAL

Número e percentagem de idosos consoante o **Número de Dentes Cariados**
Quadro –13

Nº de Dentes com Cárie	<i>n</i>	%
0	118	48,2
1 a 5	71	29
+ de 5	56	22,8
Total	245	100,0

O **Quadro 13**, podemos ver para o total da amostra, que 48,2% (118) não têm dentes cariados e que 29% (71) tem de 1-5 cáries e 22,8% (56) tem mais de 5 cáries, portanto não há margem para dúvidas quanto, à grande percentagem de indivíduos com dentes cariados, 51,8% (127) resultante da soma do escalão 1-5 dentes e mais de

5 dentes cariados, e do elevado número de cáries por indivíduo. Se à amostra retirarmos os edêntulos temos uma prevalência de cárie de **84,1%** em vez dos 51,8%.
 Número e percentagem de idosos consoante o Número de Dentes Perdidos
 Quadro -14

Nº de Dentes Perdidos	<i>n</i>	%
0 a 11	45	18,4
12 a 21	65	26,5
22 a 32	135	55,1
Total	245	100,0

No **Quadro 14**, podemos ver que **55,1% (135)** perdeu de 22-32 dentes e que 26,5% (65) perdeu de 12-21 dentes perfazendo um total de **81,6% (200)** de idosos que não têm uma dentição funcional. No entanto 18,4% (45) ainda podem ser incluídos neste grupo pois só perderam de 0 a 11 dentes ou seja ainda têm de 32 a 21 dentes. Sabemos que só 5 indivíduos tem todos os dentes ou seja temos uma prevalência de indivíduos que não perderam peças dentárias de 2%. Este quadro espelha o tipo de tratamentos anteriormente recebidos por estes pacientes e pode elucidar-nos quanto ao cepticismo em relação à Medicina Dentária e ao Médico Dentista.

Número e percentagem de idosos consoante o Número de Dentes Obturados
 Quadro -15

Nº de Dentes Obturados	<i>n</i>	%
0	201	82
1 dente	19	7,8
+ de 1 dente	25	10,2
Total	245	100,0

No **Quadro 15**, salta à vista a alta percentagem de idosos sem qualquer tipo de restauração **82% (201)**, seguidos por 7,8% (19) com um dente restaurado e somente 10,2% (25) com mais de um dente restaurado. Ou seja temos uma prevalência de indivíduos sem restaurações de **82% (201)**.

Necessidades de Tratamento (dos 151 indivíduos com pelo menos um dente):
 Quadro -16

Nº Dentes	Restaurações		T. E. R		Extracções	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
0	50	33,1	89	58,9	69	45,7
1-6	93	61,6	59	39,1	70	46,4
7-12	8	5,3	3	2,0	12	7,9
Total	151	100,0	151	100,0	151	100,0

No **Quadro 16**, podemos observar que, as necessidades de tratamento para os indivíduos com pelo menos um dente são, 61,6% (93) com 1-6 dentes para restaurar, 33,1% (50) não tem nenhum dente para restaurar e que somente 5,3% (8) tem mais de 6 dentes para restaurar.
 Relativamente aos TER, 58,9% (89) não necessita, 39,1% (59) necessita TER em 1-6 dentes e 2% (3) necessita em mais de 6 dentes.

Quanto as extracções, não deixa de ser surpreendente que 45,7% (69) não necessita, 46,4% (70) necessita extrair de 1-6 dentes e que ainda haja 7,9% (12) indivíduos que necessitam extrair mais de 6 dentes.

Necessidades médias de tratamento por pessoa (dos 151 indivíduos com pelo menos um dente):

Quadro –17

	Média	DP	Soma
Restaurações	2,2	± 2,4	333
T E R	1,0	± 1,8	157
Extracções	2,0	± 2,9	310

No **Quadro 17**, podemos observar que os idosos com pelo menos um dente, têm em média $2,2 \pm 2,4$ dentes para restaurar, $1,0 \pm 1,8$ dentes para TER e $2,0 \pm 2,9$ dentes para extrair. Totalizando 333 Restaurações, 157 TER e 310 Extracções. Esta categorização das Necessidades de Tratamento facilita o cálculo dos custos para resolução das mesmas, se o pagamento for feito por tratamento.

ÍNDICE CPOD

Quadro –18

	Média	DP	Soma
CD	2,86	± 3,8	699
PD	22,67	± 9,6	5556
OD	0,48	± 1,4	119
CPOD	26,01	± 7,6	6374

No **Quadro 18**, o índice CPO Dente é de $26,01 \pm 7,6$. Pela sua distribuição podemos ver o grande peso dos dentes perdidos $22,67 \pm 9,6$ para o valor do CPOD nesta população, contrastando com o baixo número de restaurações a que foram sujeitos $0,48 \pm 1,4$, é de notar ainda assim o alto número de dentes cariados $2,86 \pm 3,8$ **-necessidades não atendidas**.

ÍNDICE CPOR

Quadro - 19

	Média	DP	Soma
CR	2,30	± 3,5	565
PR	22,67	± 9,6	5556
OR	0,03	± 0,1	3
CPOR	25	± 8,4	3116

Como podemos ver no **Quadro 19**, ao nível de tratamentos radiculares a situação ainda é pior.

O índice CPO Raiz é de $25 \pm 8,4$, pela sua distribuição podemos ver o grande peso dos dentes perdidos $22,67 \pm 9,6$ para o valor do CPOR nesta população, contrastando com o baixo número de restaurações a que foram sujeitos $0,03 \pm 0,1$, é de notar ainda assim o alto número de dentes cariados $2,30 \pm 3,5$ **-necessidades não atendidas**.

Estado periodontal por sextante e no total:
 Quadro -20

	16		11		26		36		31		46		TOTAL	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
são	0	0	1	0,4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,06
hemorragia	0	0	1	0,4	0	0	0	0	2	0,8	0	0	3	0,2
cálculo	45	18,4	71	29	40	16,3	49	20	87	35,5	51	20,8	343	23,3
bolsa3,5-5,5	14	5,7	22	9	11	4,5	15	6,1	29	11,8	13	5,3	104	7,1
bolsa≥6	0	0	1	0,4	4	1,6	2	0,8	4	1,6	1	0,4	12	0,8
excluído	186	75,9	149	60,8	190	77,6	179	73,1	123	50,2	180	73,5	1008	68,6
total	245	100	245	100	245	100	245	100	245	100	245	100	1470	100

No **Quadro 20**, podemos observar para o **total dos sextantes** que 68,6% (1008) foram *excluídos*, 23,3% (343) apresentavam *cálculos*, 7,1% (104) *bolsas de 3,5 - 5,5 mm*, 0,83 % (12) *bolsas de ≥ 6mm*, 0,2% (3) com *hemorragia à sondagem*, 0,06% (1) *são*.

Numa análise por sextantes, podemos verificar que mantêm-se a ordem percentual dos diferentes escalões, havendo no entanto algumas diferenças nos valores percentuais como seria de esperar.

No **sextante 16** temos 75,9% (186) dos indivíduos *excluídos*, 18,4% (45) com *cálculos* e 5,7% (14) com *bolsas de 3,5 - 5,5 mm*.

No **sextante 11** temos 60,8% (149) dos indivíduos *excluído*, 29% (71) com *cálculos*, e 9% (22) com *bolsas de 3,5 - 5,5 mm* , 0,4% (1) com dentes *sãos*, 0,4% (1) com *hemorragia à sondagem* e 0,4% (1) com *bolsas de ≥6 mm*.

No **sextante 26** temos 77,6% (190) dos indivíduos *excluídos*, 16,3% (40) com *cálculos* e 4,5% (11) com *bolsas de 3,5 - 5,5 mm* e 1,6% (4)com *bolsas de ≥6 mm*.

No **sextante 36** temos 73,1% (179) dos indivíduos *excluídos*, 20% (49) com *cálculos* e 6,1% (15) com *bolsas de 3,5 - 5,5 mm* e 0,8% (2)com *bolsas de ≥6 mm*.

No **sextante 31** temos 50,2% (123) dos indivíduos *excluídos*, 35,5% (87) com *cálculos* e 11,8% (29) *com bolsas de 3,5 - 5,5 mm*, 0,8% (2) *com hemorragia à sondagem* e 1,6% (4) com *bolsas de ≥6 mm*.

No **sextante 46** temos 73,5% (180) dos indivíduos *excluídos*, 20,8% (51) *cálculos* , 5,3% (13) com *bolsas de 3,5 - 5,5 mm* e 0,4% (1)com *bolsas de ≥6 mm*.

Estado Periodontal mais grave por Indivíduo:
 Quadro - 21

	<i>n</i>	%
são	0	0
hemorragia	2	0,8
cálculo	72	29,4
bolsa 3,5-5,5	53	21,6
bolsa≥6	8	3,3
excluído	110	44,9
total	245	100

No **Quadro 21**, podemos observar que o estado periodontal mais grave para 44,9% (110) dos indivíduos é estarem *excluídos*, 29,4% (72) apresentarem *cálculos*, 21,6% (53) *bolsas de 3,5 - 5,5 mm*, 3,3% (8) *bolsa de ≥6 mm* e 0,8% (2) *hemorragia à sondagem*.

Necessidades de tratamento Periodontal por sextante:

Quadro - 22

	16		11		26		36		31		46		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
TN0	0	0	1	0,7	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1
TN1	0	0	1	0,7	0	0	0	0	2	1,3	0	0	3	0,3
TN2	59	39,1	93	61,6	51	33,8	64	42,4	116	76,8	64	42,4	447	49,4
TN3	0	0	1	0,7	4	2,6	2	1,3	4	2,6	1	0,7	12	1,3
excluído	92	60,9	55	36,4	96	63,6	85	56,3	29	19,2	86	57	443	48,9
total	151	100	151	100	151	100	151	100	151	100	151	100	906	100

No **Quadro 22**, podemos observar que, das necessidades de tratamento periodontal por sextante para o **total dos sextantes**, 49,4% (447) apresentam *TN2 - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular), 0,3% (3) *TN1 - necessita unicamente de educação e formação em higiene oral*, 1,3% (12) *TN3 - necessita de tratamento periodontal complexo* (educação, tartarectomia, alisamento radicular e cirurgia periodontal), 48,9% (443) estão *excluídos* e 0,1% (1) *TN0 - não têm necessidade de tratamento*.

Para o **Sextante 16**, 39,1% (59) apresentam *TN2 - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular), 60,9% (92) estão *excluídos*.

Para o **Sextante 11**, 61,6% (93) apresentam *TN2 - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular), 0,7% (1) *TN1 - necessita unicamente de educação e formação em higiene oral*, 0,7% (1) *TN3 - necessita de tratamento periodontal complexo* (educação, tartarectomia, alisamento radicular e cirurgia periodontal), 36,4% (55) estão *excluídos* e 0,7% (1) *TN0 - não têm necessidade de tratamento*.

Para o **Sextante 26**, 33,8% (51) apresentam *TN2 - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular), 2,6% (4) *TN3 - necessita de tratamento periodontal complexo* (educação, tartarectomia, alisamento radicular e cirurgia periodontal) e 63,6% (96) estão *excluídos*.

Para o **Sextante 36**, 56,3% (85) apresentam *TN2 - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular), 1,3% (2) *TN3 - necessita de tratamento periodontal complexo* (educação, tartarectomia, alisamento radicular e cirurgia periodontal), 42,4% (64) estão *excluídos*.

Para o **Sextante 31**, 76,8% (116) apresentam *TN - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular); 1,3% (2) *TN1 - necessita unicamente de educação e formação em higiene oral*, 2,6% (4) *TN3 - necessita de tratamento periodontal complexo* (educação, tartarectomia, alisamento radicular e cirurgia periodontal), 19,2% (29) estão *excluídos*.

Para o **Sextante 46**, 42,4% (64) apresentam *TN2 - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular), 0,7% (1) *TN3 - necessita de tratamento periodontal complexo* (educação, tartarectomia, alisamento radicular e cirurgia periodontal), 57% (86) estão *excluídos*.

Necessidades de Tratamento Periodontal por Indivíduo:(excluindo os 94 edêntulos e os 16 excluídos)

Quadro - 23

	<i>n</i>	%
TN0	0	0
TN1	2	1,5
TN2	125	92,6
TN3	8	5,9
total	135	100

No **Quadro 23**, podemos observar que, das necessidades de tratamento periodontal por indivíduo, **92,6%** (125) apresentam *TN2 - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular), 1,5% (2) *TN1 - necessita unicamente de educação e formação em higiene oral*, 5,9% (8) *TN3 - necessita de tratamento periodontal complexo* (educação, tartarectomia, alisamento radicular e cirurgia periodontal) e 0% *TN0 - não têm necessidade de tratamento*.

Necessidades protéticas:

Quadro -24

	Maxila		Mandíbula		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sem necessidade	78	31,8	64	26,1	142	29,0
Necessita de conserto	9	3,7	8	3,3	17	3,5
Necessita de PPR	73	29,8	81	33,1	154	31,4
Necessita de PT	85	34,7	92	37,6	177	36,1
Total	245	100	245	100	490	100

No **Quadro 24**, podemos ver que para o **total da amostra** há 29,0% (142) dos maxilares *sem necessidade de tratamento*- quer por realmente não necessitarem, quer por já estarem devidamente reabilitados, 36,1%(177) *necessitam de prótese total*, 31,4% (154) *necessitam de PPR* e 3,6% (17) *necessitam de conserto*.

Na **maxila**, 31,8% (78) dos idosos *sem necessidade de tratamento*, 34,7% (85) *necessitam de prótese total*, 29,8%(73) *necessitam de PPR* e 3,7% (9) *necessitam de conserto*.

Na **mandíbula**, 26,1% (64) dos idosos *sem necessidade de tratamento*, 37,6% (92) *necessitam de prótese total*, 33,1% (81) *necessitam de PPR* e 3,3% (8) *necessitam de conserto*. É curioso verificar, que as maiores percentagens de necessidades de tratamento são na Mandíbula

Quanto ao baixo valor de necessidades de conserto, deve-se ao facto de termos subvalorizado os rebasamentos, que provavelmente ao nível das próteses totais evitaria a confecção de novas próteses, reduzindo por isso o peso das próteses totais a favor dos consertos. No parâmetro do conserto foram incluídas próteses em bom estado que necessitavam de acrescentar um ou dois dentes ou que tivessem fracturas passíveis de conserto.

Necessidades Protéticas por indivíduo:
 Quadro 25

PRÓTESE SUPERIOR	PRÓTESE INFERIOR							
	S/NECESSIDADE		CONCERTO		P.P.R		P.TOTAL.	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
S/NECESSIDADE	42	17,1	2	0,8	15	6,1	19	7,8
CONCERTO	1	0,4	6	2,4	2	0,8	0	0
P.P.R	14	5,7	0	0	52	21,2	7	2,8
P.TOTAL.	7	2,8	0	0	12	4,9	66	26,9

No **Quadro 25**, podemos ver que 17,1% (42) do total da amostra não têm necessidade protéticas, 2,4% (6) necessita de concerto nas próteses em ambos maxilares, 21,2% (52) necessita de PPR em ambos maxilares e 26,9% (66) necessita de Prótese total em ambos maxilares.

IV-DISCUSSÃO

4.1 - DISCUSSÃO DO DESENHO DO TRABALHO

Este trabalho surge em resposta de uma necessidade há muito sentida, por todos os que lidam na área da saúde e especialmente da medicina dentária com a população idosa institucionalizada, com o fim de elaborar um programa para solucionar as necessidades de tratamentos desta população.

Para isso começamos por realizar um levantamento para obter dados e informação objectiva sobre a situação real desta população.

Para isto escolhemos o total da população idosa institucionalizada do concelho de Vila Nova de Gaia, na qual nos comprometemos a observar todos os indivíduos que fossem cognitivamente capazes de responder ao inquérito e que de livre vontade se disponibilizassem para ser observados e examinados por nós.

A ponte entre os residentes e o médico dentista, foi estabelecida pela assistente social ou pelo pessoal de enfermagem, sendo que estes é que se responsabilizavam por seleccionar os indivíduos interessados e capazes de participar.

Apesar de termos motivado previamente a assistente social e/ou pessoal de enfermagem para o valor e importância de observarmos no levantamento o maior número possível de indivíduos, não conseguimos uma taxa de observação superior a 61,5%, tendo variado dos 40,6%-87,8% dependendo do lar.

Foi notório, que nos lares em que os indivíduos que serviam de ponte estavam interessados e motivados, tivemos uma taxa de observação maior.

No entanto, pensamos que a taxa de observação foi boa, tendo em conta outros estudos^{12,21,23} e sabendo da dificuldade que os residentes por vezes colocam por falta de motivação.

Como tal, esta população constitui uma amostra de conveniência de 245 indivíduos, mas que julgamos poder afirmar, ser representativa da população institucionalizados do concelho de Vila Nova de Gaia.

A equipa examinadora seguiu os pré-requisitos necessários, tendo sido previamente calibrada e obtendo um coeficiente de Kappa considerado bom segundo os parâmetros da OMS.

Não foi feita calibragem entre a observação dos residentes ao longo do estudo, devido à pouca disponibilidade que estes demonstraram em ser reexaminados, tendo ficado então a calibragem só pelos vinte indivíduos iniciais e pelo estudo piloto realizado no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Espinho (60 residentes).

De qualquer forma, pensamos que isto em nada invalida os resultados e se isto provocou algum viés dos resultados é de esperar que este seja mínimo. Aliás, houve outros estudos que encontraram a mesma dificuldade.²³

As condições de observação deste levantamento foram boas, e seguiram as mesmas condições de diversos estudos^{2,12, 21, 23} e correspondem as recomendadas pela OMS, para este tipo de levantamentos.

A ficha clínica está bem estruturada e seguiu os parâmetros estipulados pela OMS, no entanto a quando da introdução dos dados é que nos deparamos com a extensão de informação disponível e recolhida, que na nossa opinião se deve a uma

falha no desenho do trabalho e não da ficha, pois apesar do estudo piloto, só quando começamos a introdução e o tratamento dos dados é que nos apercebemos da grande extensão de trabalho a que nos tínhamos predisposto realizar e para tal era forçoso que a ficha fosse extensa, apesar de bem concebida.

Os critérios de diagnóstico foram baseados no “Oral Health Surveys-Basic methods - 4th edition” da O.MS sendo que, procedemos a alterações de alguns códigos de maneira a facilitar o preenchimento da ficha sem que isso, na nossa opinião, tenha alterado a validade das respostas.

Não queremos por isso deixar de fazer uma nota, quanto à sonda para o CPO, para o qual seguimos os critérios do “Oral Health Surveys – Basic methods - 3rd Edition”, pois nos levantamentos prévios tínhamos ainda seguido este critério e foi com uma sonda pontiaguda que fizemos a calibragem. Apesar de termos adaptado a ficha e os critérios pela “Oral Health Surveys 4th edition”, em relação a escolha da sonda para avaliar o índice CPO seguimos a “Oral Health Surveys 3rd edition”.

Por uma questão prática, não repetimos a calibragem e como tal, mantivemos esta sonda para a inspecção e sondagem do CPO e pensamos que isto também não altera a validade dos resultados, pois só na “Oral Health Surveys 4th edition”, é que se recomenda a sonda periodontal para o CPO e como tal, quase todos os estudos anteriores a esta data, não usavam esta sonda para o CPO, mas sim unicamente para o CPITN ou seja, o nosso trabalho é comparável ao de estudos anteriores.

Quanto à análise dos resultados, seguimos as indicações do departamento de Bioestatística da FMUP.

Realizamos uma análise descritiva de todos os resultados, só estabelecendo comparação para alguns parâmetros relativamente ao facto de ser ou não edêntulo, pois como sabemos é dos factos que mais influência o tipo de serviços dentários e cuidados que os indivíduos necessitam e requeiram.

Os resultados foram apresentados em tabelas de formato científico e a análise dos resultados foi feita logo a seguir a cada quadro de maneira a facilitar a leitura desta.

Quanto aos resultados propriamente ditos passamos agora à sua discussão.

4.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.2.1.- CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO

Idade

É natural que a percentagem de edêntulos aumente com a Idade, embora esta relação não seja directa, pois o que determina isto, é a acumulação de lesões, iatrogenias, diminuição das capacidades funcionais e de defesa do indivíduo ao longo da vida, factores estes que condicionam a manutenção das peças dentárias.

Numa revisão bibliográfica de diversos estudos nacionais e estrangeiros sobre a população sénior, quer de âmbito local, quer de âmbito nacional, podemos encontrar uma relação positiva entre a idade e o aumento do edêntulismo.^{12, 21, 24, 25, 26, 27, 28}

Portanto, seria de esperar, que no nosso estudo também houvesse um aumento do peso percentual dos edêntulos em ordem crescente com a idade, quando em relação

aos valores da distribuição total por idade, podendo esperar-se a relação inversa nos idosos com dentes, o que veio também a confirmar-se.

Isto foi confirmado pelo teste de qui-quadrado, ao obter-se um valor de $p < 0,05$, o que quer dizer que há diferenças estatisticamente significativas entre os edêntulos e os com dentes, em relação à Idade.

Sexo

A maior esperança de vida, a maior colaboração e motivação das mulheres na comunidade e nos lares e a sua maior atenção aos cuidados médicos e pessoais, já fazia prever uma percentagem de Mulheres superior à de Homens neste trabalho.

A maioria, se não mesmo a totalidade, dos trabalhos sobre idosos institucionalizados a que tivemos acesso, as Mulheres representam a maior percentagem no total da população por sexo.^{2, 12, 21, 29}

As teses de Fernandes e Silva encontraram relação entre o sexo e o edêntulismo.^{12, 21}

No nosso estudo não encontramos diferenças significativas entre os sexos e os edêntulos mas podemos mesmo assim observar um aumento do peso percentual no sexo feminino de edêntulos em relação ao total amostra e também um aumento do peso percentual de indivíduos do sexo masculino com dentes em relação a este último.

Isto pode ser explicado, pela maior preocupação estética e com a reabilitação por parte das mulheres, o que as pode expor a maior número de extracções para a reabilitação, enquanto os homens tinham muitas necessidades não atendidas e baixo grau de restaurações, o que faz prever maior número de dentes com extracção indicada.

Escolaridade

A distribuição quanto à escolaridade, têm muito interesse, pois podemos ver que 74,3% (182) da amostra têm menos da 4ª classe e que 24,5% (60) não têm qualquer tipo de escolaridade, valor próximo dos 25,7% (63) que têm mais da 4ª classe. Estes dados levam-nos a pensar, que a amostra terá pouca ou nenhuma informação e/ou educação em cuidados primários de saúde, tal como de saúde oral, e já nos alerta para o cuidado a ter na abordagem, preparação, linguagem, meios de comunicação e formação a dar a esta amostra e ao pessoal que participar em qualquer programa de saúde oral com este tipo de população alvo.

No nosso estudo, não foi encontrada relação entre a escolaridade e edêntulismo. No entanto alguns estudos associam a escolaridade indirectamente à perda de dentes, por condicionar a educação e muitas vezes o acesso e uso dos serviços dentários, reflectindo-se na perda dentária e nas atitudes perante as escolhas de tratamento.^{30, 31, 32, 33}

Edêntulismo

A População Sénior institucionalizada do concelho de Gaia, é constituída por 38,4% (94) de edêntulos e de 61,6% (151) com pelo menos um dente.

Embora estes valores tenham ficado ligeiramente acima dos valores encontrados em estudos da população institucionalizada sobre o edêntulismo, como sejam, Distrito do Porto 30,31%^{12, 21} e 36,7% NEEDS³⁴, ficou abaixo dos valores encontrados noutros estudos desta população como sejam, 43,1% no Brasil²⁴, 56% na Inglaterra³⁵, 59,1% na Suíça³⁶, 52,4% em Espanha², 53,2 % em Viscaia³⁷, 59,8% em

Itália³⁸, 70% no Canadá³⁹, 75% na Irlanda⁴⁰, 80% na Dinamarca⁴¹, 90% no sul da Austrália⁴², 91% na Escócia⁴³.

Estes valores estão de acordo com estudos internacionais, que referem nos países em desenvolvimento taxas de edêntulismo mais baixas que nos países desenvolvidos, tão baixas quanto 10% para esta faixa etária, podendo ser explicado pelo elevado grau de necessidades não satisfeitas dos primeiros tendo muito mais dentes cariados e com extracção indicada e maiores necessidades de reabilitação protética não satisfeita, mas que os poupa de muitas extracções por motivos protéticos, curativos e iatrogenicos quando comparados com os Países desenvolvidos.

Anos a que está no lar

Sabemos que, há um envelhecimento da população e que o coorte com maior crescimento percentual foi ≥ 65 anos e dentro deste >85 anos.¹

Sabemos também, que nos países desenvolvidos entre 5-10 % deste coorte se encontra institucionalizado e que quanto mais velho for o indivíduo, mais probabilidades há de passar algum tempo numa instituição.⁴

Logo, mesmo que a percentagem de idosos institucionalizados mantenha-se, no futuro o seu número absoluto vai crescer e dada a maior esperança de vida será de esperar que passem mais anos nos lares.

Disto podemos concluir, a importância que cada vez mais se fará sentir, das intervenções nas instituições e colaboração com estas, no sentido da manutenção do equilíbrio da saúde desta população.

Da observação do **Quadro 2**, podemos verificar que qualquer programa poderá ter impacto em cerca de 80% da população institucionalizada (há mais de 1 ano no lar) e terá concerteza um grande contributo para uma significativa melhoria da qualidade de vida de 40% ou mais da população residente do lar (há 6 ou mais anos no lar).

É curioso reparar, na diferença de distribuição da amostra, em relação ao escalão de há mais de 6 anos no lar, de quase 10%, dos indivíduos edêntulos para a população total. Já no que diz respeito aos indivíduos com dentes, observamos somente ligeiras diferenças no equilíbrio percentual para a população total da amostra e distribuída equitativamente para os diferentes escalões.

No entanto, não encontramos nenhuma relação estatisticamente significativa entre os anos no lar e edêntulismo.

4.2.2 - TIPO DE PEÇAS DENTÁRIAS PRESENTES NA BOCA- Próteses e/ou Dentes Naturais

Uma breve observação do **Quadro 3**, leva-nos a adivinhar a grande necessidade de reabilitação protética que será de esperar nesta população.

Este quadro teve bastante utilidade para a orientação do inquérito excluindo à partida os edêntulos das perguntas relativas a dentes e os não possuidores de prótese das perguntas relativas a prótese.

Neste quadro, podemos observar que, 3/4 das próteses são totais e o facto de 22,3% dos edêntulos não terem ou usarem prótese.

Fernandes, encontrou valores aproximados dos nossos, 2/3 das próteses eram totais e 17,3% dos edêntulos não tinham prótese.²¹

No entanto, tivemos a surpresa de encontrar 5 indivíduos com todos os dentes, correspondendo a 2% da amostra, valor que apesar de pequeno não deixa de ser significativo tendo em conta a população.

4.2.3 - HÁBITOS DE HIGIENE DOS PACIENTES COM DENTES: (pacientes com pelo menos um dente)

Após breve observação dos **Quadros 4, 5, 6 e 7**, podemos concluir que, quase metade da população com dentes, afirma que não os escova diariamente e destes mais de metade alega não sentir qualquer necessidade de escovagem, que 58,3%(88) não usa pasta de dentes, valor provavelmente mais próximo do verdadeiro número de idosos que não escova os dentes diariamente. O facto de 96,7% (146) dos idosos com pelo menos um dente, não saber o que é fio dentário, pode talvez servir como orientação sobre os conhecimentos de saúde oral desta amostra. Curioso também é o facto de, 84,1% não bochechar com nenhuma solução, tendo em conta que, Silva no seu trabalho refere que é um hábito da maioria da população¹². Quanto aos hábitos de higiene ao longo da vida entre os sem dentes e os com dentes, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas $p < 0,001$, isto pode ser explicado pelo facto de muitos edêntulos serem possuidores de prótese e terem afirmado que desde que usam prótese escovam mais vezes, como possivelmente alguns terão deixado de escovar de todo, enquanto os indivíduos com dentes, seja natural que tenham mantido o mesmo padrão de higiene. Fernandes, encontrou má higiene em 43,3% dos idosos²¹, tal como em outros estudos da população idosa institucionalizada, podemos encontrar percentagens elevadas de idosos com má higiene oral, como sejam os estudos no Brasil 74,3%⁴⁴, Grã-Bretanha 53%⁴⁵, Escócia 65%⁴⁶ e Noruega 53%⁴⁷.

Portanto, concluímos que os indivíduos com dentes têm má higiene, falta de conhecimentos e motivação para a saúde oral, que provavelmente o número de indivíduos que não escova é superior e que a qualidade das escovagens possa ser má.

Isto, está de acordo com vários estudos que referem má higiene, baixo nível de conhecimentos e motivação para a higiene oral na população institucionalizada.^{48, 49, 50, 51, 52, 53, 54}

Num artigo de Yellowitz, esta afirma que o paciente institucionalizado tende a ser frágil, funcionalmente dependente, sem qualquer interesse pela saúde oral.⁴ No entanto alguns estudos da população institucionalizada encontraram os portadores de prótese com melhor higiene que os não possuidores.^{2,12, 21}

4.2.4 - MOTIVAÇÃO PARA A REABILITAÇÃO ORAL E SUAS POSSÍVEIS LIMITAÇÕES

No **Quadro 8**, quanto à pergunta **porque não usa prótese**, dos que alegam *não sentir necessidade* -27% (41) - cerca de 90% são desdentados parciais, que possivelmente não necessitem mesmo de próteses para poder mastigar aceitavelmente. Dos que alegam *falta de recursos*, cerca de 80% são desdentados parciais e somente 20% edêntulos. Dos que alegam *não conseguir usar*, a percentagem de desdentados parciais e edêntulos é de 3 para 2.

No **Quadro 9**, quanto à opinião de **possível adaptação a prótese**, a percentagem de *sim* e *não* foi praticamente idêntica. Logo, fomos verificar o peso dos não possuidores e/ou não portadores e constatamos que estes são a maioria dos *não*, enquanto nos *sim* há um equilíbrio entre possuidores e não possuidores de prótese.

Como tal os resultados deste quadro vão de encontro aos resultados do quadro anterior.

4.2.5 -HÁBITOS DE HIGIENE DOS POSSUIDORES DE PRÓTESES

No **Quadro 10**, podemos observar que 44,3 % (57) diz ter alterado **os hábitos de higiene** (número de escovagens) depois de começar a usar prótese, a explicação é simples, muitos alegaram não escovar regularmente os dentes antes de ter prótese e que após a colocação da prótese como se metia comida entre a prótese e o palato e/ou dentes (se desdentados parciais) e ficava a incomodar, tiveram que começar a escovar os dentes e/ou próteses após as refeições.

Quanto aos anos de prótese é curioso ver que 58,1% (76) dos portadores de prótese já as tinham há mais de 10 anos, seguido de 21,4% (28) que as têm de 6 –10 anos que se somados totalizam 79,5% (104) que possuem próteses há mais de 6 anos, 13,7% (18) têm as próteses de 2-6 anos e só 6,9% (9) possuía próteses de 0-2 anos, e aqui fica uma nota sobre o tipo de próteses encontradas na amostra, muito embora este não fosse um parâmetro contemplado no estudo: todas as próteses eram acrílicas e um grande número dos possuidores de próteses não tinha noção de que deveria ir regularmente ao dentista, para realinhar ou rebasar as próteses, sobre tudo nos primeiros anos após a perda de peças dentárias.

Os anos a que possui prótese, sugere que esta população esteja muito necessitada de novas próteses e de rebasamento. Fernandes no seu estudo no Distrito do Porto encontrou 44,65% tem prótese há mais de 10 anos, 70,48% tem prótese há mais de 5 anos e 9,2% há menos de 1 ano²¹. Estes valores são similares aos que nós encontramos.

Hoad-Reddick, Grant e Griffiths num estudo sobre idosos edêntulos sugerem que 40% necessitam de novas próteses após 5 anos e 80% necessitam de novas ao fim de 10 anos⁵⁵.

Salta à vista nesta tabela, a diferença no **número de escovagens** realizadas pelos portadores de próteses, em relação aos não possuidores e/ou não portadores de próteses que têm dentes, sendo que o maior grupo percentual realiza duas escovagens diárias correspondendo a 31,3% (41), seguido pelo grupo de três ou mais escovagens com 25,2% (33), mas infelizmente segue-se com 22,9% (30) o grupo que não escova diariamente as próteses e por último com 20,6% (27) temos os que escovam pelo menos uma vez ao dia. Fernandes também encontrou melhores hábitos de higiene nos portadores de prótese do que em relação aos não possuidores²¹.

É curioso, que 42,8% (56) **lava as próteses** só com água, contra 41,2% (54) que as lava com dentífrico, sendo que somente 16% (21) as lava com sabão, este seria o mais recomendado pois é menos abrasivo que o dentífrico, não facilita a acumulação de tártaro e têm efeito detergente e cosmético suficientes para manter uma boa higiene da prótese quando auxiliado por uma boa escovagem, que aliás, seria sempre necessária para boa manutenção da higiene da prótese. É notório, o número de

indivíduos que diz ter escova para lavar a prótese, em contraste com o número de utilizadores de dentífrico, o que faz nos pensar se as escovas não serão velhas do tempo em que ainda usavam dentífrico.

De salientar, é também o facto de somente 14,5% (19) dos portadores de prótese referir alguma **dificuldade ao falar com as próteses** colocadas, sinal ou de boa adaptação e retenção das próteses ou de bom controle muscular por parte dos idosos.

4.2.6 - VALOR QUE O PACIENTE DÁ À SUA HIGIENE ORAL E AVALIAÇÃO QUE FAZ DESTA

Quanto à pergunta, **consideram a escovagem importante**, a maioria disse que *sim*, o que demonstra uma certa hipocrisia, pois já vimos que a maioria não escova, é como se costuma dizer: faz o que eu digo, não faças o que eu faço!

Quando inquiridos **se consideram que higieniza correctamente os dentes ou prótese**, 71,4% (175) do total da amostra respondeu que *sim* contra 19,6%(48) que considera que *não*, no entanto é curioso ver que há muitos idosos que não escovam os dentes diariamente tanto edêntulos como com dentes e que nesta pergunta traíram-se afirmando que higienizam correctamente os seus dentes e/ou próteses tornando ainda mais notória a falta de conhecimentos em saúde oral desta população. Também é notória, a grande percentagem de edêntulos que não soube responder, demonstrando talvez a insegurança sobre os seus conhecimentos em saúde oral, pois a pergunta foca na capacidade de manter os dentes ou próteses limpos sendo colocada nestes termos.

Quanto à pergunta **se acha que deveria haver alguém para ajudar na saúde oral** a maioria respondeu que não sem grandes diferenças entre edêntulos e com dentes e ainda será de referir, que muitos do que responderam que *sim* alegavam que eles **não** necessitavam, mas que havia idosos que não escovavam diariamente os dentes e que beneficiariam muito se tivessem quem os ajuda-se.

Numa observação rápida do quadro, podemos concluir que, no geral 2/3 estão **satisfeitos com a função, com a estética e com as condições gerais da boca**, tendo Rodriguez Baciero no seu trabalho, encontrado em relação as próteses, valores mais altos de satisfação². Este alto nível de satisfação com as condições gerais da boca pode encontrar explicação em diversas situações como sejam, a presença de situações crónicas que os afectam em simultâneo com os problemas da cavidade oral e às quais dão mais valor, como sejam problemas de visão, audição, cardiovasculares, articulares, neurológicos e génito urinários.

A maneira de se ver do idoso, que aceita a existência de situações crónicas como um mal inevitável e como tal, desde que não incomode muito acham normal, vendo a sua saúde como boa, apesar da persistência muitas vezes de mais do que uma situação crónica^{18,56}.

Se a este facto, aliarmos a apatia e isolamento social, que no geral caracteriza esta população institucionalizada e a ausência de cuidados em saúde oral por falta de meios humanos, materiais e informação que caracterizou esta população quer no passado quer presente, facilmente podemos compreender este alto grau de satisfação com as condições actuais da cavidade oral.

4.2.7-AVALIAÇÃO DA IMPORTÂNCIA QUE O IDOSO DÁ AO MÉDICO DENTISTA E À SUA SAÚDE ORAL

Para a pergunta **quando foi a última vez que foi ao Médico Dentista?** Começando pelo escalão de maior peso percentual no total da amostra, *há mais de 5 anos*, podemos verificar que 74,5% (70) dos edêntulos contra 36,4% (55) dos com dentes pertence a este escalão, ou seja a percentagem de edêntulos deste escalão é mais do dobro em comparação com a percentagem dos com dentes, tornando notório o peso dos edêntulos para o valor no total da amostra deste escalão. McEntee encontrou 3/4 não tinham ido ao dentista nos últimos 5 anos⁵⁶.

Isto pode ser explicado, pelo facto de os edêntulos, pela ausência de dentes acharem que já não têm nada para fazer no dentista, para além de ir de vez enquanto acertar as próteses e isto para os idosos que as possuem. Relativamente ao segundo escalão percentual, *menos de 1 ano*, verificamos o inverso, sendo os com dentes 31,1% (47) contra 7,4% (7) dos edêntulos demonstrando a diferença significativa que este escalão representa para cada um destes grupos e para o total da amostra 22% (54). Aliás Branch refere que a presença ou ausência de dentes é melhor indicador do que a idade, rendimento, e educação para prever a utilização dos serviços dentários⁵⁷.

No escalão dos que *não souberam responder* 6,5% (16), curiosamente existe uma grande diferença entre os com dentes 8,6% (13) e os edêntulos 3,2% (3), o mais provável é que fossem incluídos no grupo de *há mais de 5 anos*, pois como iremos ter a oportunidade de ver à frente neste quadro os com dentes são sempre o grupo com maior numero que *não sabe responder*, uma explicação que me parece possível, é o facto de terem vergonha de dar certas respostas que não lhes parecem bem em frente ao médico, como sejam dizer que não precisam, que não sentem falta, em conclusão que o dentista não faz diferença!

Quanto à pergunta **“Porque visita ou visitava enquanto ainda tinha dentes, o médico dentista?”**. A resposta com maior peso no total da amostra foi, *extração* com 36% (88), seguida de *só com dores* com 19,6% (48), sendo estas duas causas complemento frequente uma da outra, permitindo-nos afirmar que, 55,6% do total da amostra diz só ir ao dentista em **emergências** e normalmente para extrair não pensando em tratar.

A seguir vêm as *próteses* com 21,6% (53), logo depois os que *nunca visitaram o dentista* sendo espantoso ver 19,2% (18) dos edêntulos e 7,2% (11) dos com dentes que dizem nunca ter ido ao dentista. O espanto é maior para os edêntulos pois quem lhes teria tirado os dentes???, embora não faça parte do estudo eis algumas das respostas encontradas, desde do indireita, ao protésico, a caírem por si mesmos até serem extraídos pelos próprios com chave de parafusos (boa alavanca !!), etc....

Os que responderam para *Tratar* 7,4% (18), por *Rotina* 1,2% (3) e *Destartarizar* 1,2% (3) podem ser incluídos no mesmo escalão, de idosos motivados. É curioso verificar que este grupo é quase na totalidade composto por elementos do grupo com dentes, excepção feita a 2 edêntulos que responderam *tratar*. Só nos falta comentar os 1,2% (3) que não respondeu e que deveria ser incluído provavelmente nos que não visitam nunca ou nos para extracção e/ou com dor.

Após uma revisão bibliográfica, Berg, Berkey e Ettinger concluíram, que os idosos institucionalizados, procuram pouco os serviços dentários, embora a sua saúde

oral seja pobre e careçam muito destes. Poucos são os que solicitam os serviços dentários, excepto em situações de urgência⁵⁸. Esta afirmação vai de encontro aos nossos resultados.

Na questão **“Não visita regularmente o Médico Dentista, Porquê?”**, a resposta com maior peso percentual para o total da amostra foi, *Não precisa “necessita”* com 53,1% (130), havendo evidentes diferenças no peso desta resposta para os escalões dos edêntulos 72,4% (68) e dos com dentes 41,1% (62), tornando evidente o que atrás já se dissemos, isto é, os edêntulos não sentem necessidade de ser controlados pelo dentista e uma grande percentagem dos com dentes acha que não precisa de ir regularmente ao dentista, indo só em situações de urgência, com dores e/ou para extracções, o que representa 63% das respostas destes à pergunta anterior.

A segunda resposta, com maior peso para o total da amostra foi, *não têm recursos* com 26,9% (66), representando 31,1% (47) para os com dentes e 20,2% (19) para os edêntulos.

A seguir vieram os que *não souberam responder* com 9,4% (23), pertencendo exclusivamente ao grupo dos com dentes em que representam 15,2% (23), tornando obvio o que atrás já tinha sido adiantado por nós, de que muitos dos com dentes, tinham vergonha de dar respostas que demonstrassem falta de interesse ou então era mesmo por falta de interesse, pelo facto de não apontarem uma das hipóteses para resposta à pergunta.

Os que declararam *dificuldades em deslocar-se* representam 7,3% (18) do total da amostra, sendo de 5,3% (5) para os edêntulos e de 8,6% (13) para os com dentes.

Os que referiram *medo* como resposta, são 3,3% (8) do total da amostra e 4% (6) para com dentes e 2,1% (2) para os edêntulos. Como se pode verificar não há diferenças significativas para estas duas perguntas no que se refere aos diferentes grupos.

Estes resultados, são concordantes com as conclusões a que Ettinger chegou e em que afirma, que à medida que a idade aumenta, as idas ao dentista diminuem e ao médico aumentam, dando como explicação o aumento das doenças crónicas, aumento do edêntulismo, assim como as atitudes negativas perante a doenças da boca e as dificuldades de encontrar apoio para pagar tratamentos dentários⁵⁹.

Na questão **“Independente do que fizer acaba sempre por perder os seus dentes?”**, o *sim* foi a resposta com maior peso percentual em todos os grupos, sendo de 62,5% (153) para o total da amostra, de 71,3% (67) para os edêntulos e de 57% (86) para os com dentes, demonstrando claramente o cepticismo quanto aos meios preventivos, como sejam, uma boa manutenção da higiene e nas capacidades da Medicina Dentária e do Dentista para resolver os seus problemas. As diferenças percentuais de edêntulos e com dentes eram de prever pois se não têm dentes é natural que sejam mais cépticos. Os 30,2% (74) do total da amostra respondeu *não*, representa 39,7% (60) para os com dentes e 14,9% (14) para os edêntulos, valores que seriam de esperar tendo em conta o peso para cada um destes grupos da resposta anterior.

Os que *não souberam responder* representam 7,3% (18) do total da amostra, sendo a sua distribuição pelos outros grupos interessante, visto representar 13,8% (13) dos edêntulos e somente 3,3% (5) dos com dentes. Na minha opinião este escalão deveria ser somado ao que responderam *sim*, pois embora estes não tivessem certeza da resposta é obvio que como edêntulos, são muito cépticos em admitir que se tivessem possibilidades de preservar os seus dentes, não o tivessem feito.

Quanto à pergunta “ **aceitava que o Médico dentista a trata-se nesta instituição?**”, 91% (223) do total da amostra respondeu que *sim* , 6,1% (15) respondeu que *não* e 2,9% (7) respondeu *não saber*. Entre os edêntulos e os com dentes em relação ao total da amostra não houve diferenças na ordem das respostas nem da sua grandeza percentual.

Quanto à pergunta “ **Se pudesse ir ao Médico dentista neste momento, o que lhe pedia para fazer?**”, as respostas no total da amostra foram, 31,8% (78) *Nada*, 27,6% (67) *Próteses*, 12,3% (30) *Tratar um dente*, 10,6% (26) *Extraírem um dente*, 9,4% (23) *Destartarizar*, 5,3% (13) *Observação* e 3,3% (8) *Não soube responder*.

Os que responderam *Nada*, representam 38,3% dos edêntulos e 27,8 % dos com dentes, existindo uma diferença percentual notória e que seria de esperar pelo que já ficou dito noutras perguntas deste quadro, sobre o valor que os idosos dão ao médico dentista na sua saúde e à sua motivação para saúde oral , sobretudo os edêntulos.

Aos que responderam *nada* 31,8% (78) deveríamos somar os que escolheram *observação* 5,3% (13) pois isto foi uma resposta concedida, por alguns idosos para não escolher *nada*, o que para o total da amostra representaria então 36,1% (91) sendo representativo da percepção das necessidades, em saúde oral, que têm os idosos.

Poderíamos também, somar os 12,3% (30) para tratar um dente, com os 9,4% (23) para destartarizar, que pertencem quase exclusivamente aos com dentes, como aliás seria de esperar, e que totalizam 21,7% (53) do total da amostra. O peso da soma destes dois escalões para os com dentes é de 34,5%, representando os que estão motivados para a preservação das suas peças dentária e manutenção da sua saúde oral.

Os 27,3% (67) do total da amostra que fariam *próteses*, como seria de prever têm um grande peso nos edêntulos, representando 52,1% destes contra 11,9% dos com dentes.

Notórios são, os 10,6% (26) do total da amostra que fariam uma extracção, pois como é obvio, pertencem todos aos com dentes, representando 17,2% (26) deste grupo e demonstra que embora sintam necessidades, pensam que o tratamento só passaria pela extracção, o que até em alguns casos não deixa de ser verdade, dado avançado grau de destruição de algumas peças dentárias, demonstrando também o tipo de tratamentos a que estiveram expostos anteriormente.

Quanto à questão se “**Acha que o Médico Dentista o pode ajudar na sua saúde oral ?**” É interessante reparar que 78,4% (192) do total da amostra acha que *sim* sendo que 85,4% (129) dos com dentes e 67% (63) dos edêntulos deram esta resposta, contra 19,2% (47) do total que respondeu que *não* , sendo 11,3% (17) com dentes e 31,9% (30) edêntulos.

As diferenças percentuais nestas respostas, entre os edêntulos e os com dentes, correspondem as expectativas, no entanto é de salientar a elevada percentagem do *sim*, após as respostas de outras questões, o que demonstra uma certa incoerência por parte dos idosos, sobre a sua percepção do que o Médico Dentista e a Medicina Dentária podem fazer por eles.

Ora dando entender que não sente qualquer necessidade e que perderiam os dentes à mesma, ora de que o Médico dentista é tão bom que os pode ajudar, portanto resta saber em quê???, pois se há tantos que não precisam de nada!!!

4.2.8 -EXAME OBJECTIVO DA CAVIDADE ORAL:

a) Estado das peças dentárias

O **Quadro 13**, não deixa margem para dúvidas quanto, à grande percentagem de indivíduos com dentes cariados, 51,8% resultante da soma do escalão 1-5 dentes e mais de 5 dentes cariados, e do elevado número de cáries por indivíduo, visto 22,8% ter mais de 5 cáries e 29% ter de 1-5 cáries. Este quadro dá-nos uma ideia da grandeza das necessidades não respondidas nesta população. No entanto, não deixa de ser uma surpresa, que 48,2% não tenham cáries, visto que só 38,4% da amostra são edêntulos. Portanto, se excluirmos os edêntulos temos uma prevalência de cárie de 84,1%.

Rodriguez Baciero encontrou na população Espanhola institucionalizada, uma prevalência de cárie de 92,3% nos dentados². Nos EUA prevalência de cárie 36,4% para o total da amostra⁶⁰.

No **Quadro 14**, podemos ver que 26,5% perdeu de 12-21 dentes e que 55,1% perdeu de 22-32 dentes perfazendo um total de 81,6% de idosos que não têm uma dentição funcional “ de Prémolar a Prémolar em ambos Maxilares, ou o mínimo de 20 dentes” segundo a OMS, como sendo aceitável para os grupos com altas prevalência de perdas dentárias e que é considerada o mínimo para uma mastigação razoável. Há a referir ainda que, os que perderam de 22-32 dentes, não só têm falta da componente funcional como também se encontram diminuídos em termos estéticos, pois estão ausentes algumas peças na área de canino a canino em ambos maxilares -mínimo 12 dentes, o que se reflecte no amor próprio e no bem estar social do indivíduo.

No entanto, 18,4% ainda podem ser incluídos nesse grupo pois só perderam de 0 a 11 dentes ou seja ainda têm de 32 a 21 dentes, tem mais de 20 dentes.

Este quadro espelha o tipo de tratamentos anteriormente recebidos por estes pacientes e pode elucidar-nos quanto ao ceticismo em relação à Medicina Dentária e ao Médico Dentista.

No trabalho de Fernandes, o número médio de dentes perdidos é de $22,58 \pm 9,44$, no entanto 17,35% tem mais de 20 dentes²¹. Em Navarra, 12,5% com mais de 20 dentes⁶¹, na Grã-Bretanha menos de 25% tem mais de 20 dentes⁴⁴. É fácil perceber, que os objectivos do FDI para o ano 2000, de 50% dos indivíduos com pelo menos 20 dentes para este coorte⁶² estão muito longe de ser alcançados!

O **Quadro 15**, serve para verificarmos uma vez mais a qualidade (se associarmos ao grande número de extracções) e quantidade dos tratamentos a que estes indivíduos foram expostos anteriormente e ao longo da sua vida.

Salta à vista, a alta percentagem de idosos sem qualquer tipo de restauração 82%, seguidos por 7,8% com um dente restaurado e somente 10,2% com mais de um dente restaurado.

No **Quadro 18**, podemos ver que o **CPO Dente** desta amostra foi de 26.01, valor similar ao encontrado para o CPOD em outros estudos, como sejam, 29,6 em Espanha², 20,8 no País Basco⁶³, 26,7 na Catalunha⁶⁴, 25,19 Navarra⁶¹, 26,95 em Madrid⁶⁰, 18 nos EUA⁶⁵, 27,3 na Irlanda⁶⁶, 27 na Eslovénia⁶⁷, 27 na Finlândia⁶⁸, 23 na Suécia⁶⁹, 26 na Austrália⁷⁰ e os 25 do Canadá⁷¹.

Num estudo levado a cabo por Manji, em vários países em vias de desenvolvimento, indicaram baixos níveis de edêntulismo (Kenia abaixo dos 10%) e CPO com valores moderados (China 13, 21 e Kenia 13).⁷²

A organização Mundial de Saúde estabeleceu os seguintes critérios para a avaliação do grau de gravidade da cárie dentária:⁷³

0,1 - 1,1 CPO	índice muito baixo
1,2 - 2,6 CPO	índice baixo
2,7 - 4,4 CPO	índice moderado
4,5 - 6,5 CPO	índice alto
≥6,6 CPO	índice muito alto

ou seja na população idosa institucionalizada o CPO apresenta no geral um índice muito alto.

No entanto, é interessante dissecar o índice e ver o contributo dos diferentes parâmetros para o valor do CPO.

No nosso estudo o C=2,86 , o P=22,67 e O=0,48 o que revela o grande peso dos perdidos para o CPO e o praticamente nulo valor dos obturados. No entanto, o mesmo se passa para outros estudos como sejam, em Espanha C=3,33 , P=25,76 e O=0,06², no País Basco C=2,3 , P=18,4 e o O=0,2⁶³, na Catalunha C=3,7 ,P=21,9 e O=0,9⁶⁴ e em Navarra C=0,98 , P=23,76 e O=0,45 ⁶¹.

No **Quadro 19**, podemos ver que o CPO Raiz é de 25, para o qual contribui grandemente o P=22,67 sendo que, o baixo valor dos O=0,03 quase inexistente.

A prevalência de cáries radiculares é de 49,4% para o total da amostra e de 80,1% para os dentados. O valor da prevalência de cárie para o total da amostra tem um valor inferior ao encontrado noutros estudos como sejam 89% na Suécia⁷⁴ , 88,4% na Grã-Bretanha⁷⁵ , 75% na Croácia⁷⁶ , 63% no Iowa⁷⁷ , mas superior aos 36% de Washington ⁷⁸ e os 23,3% do Canadá⁷⁹.

Para muitos trabalhos, aparece o Índice de Cárie Radicular - número de cáries radiculares por superfície em risco¹², mas tal como se diz na sua definição é calculado em relação as superfícies em risco e o nosso trabalho não contemplou a avaliação das superfícies dentárias, por isso não temos uma análise mais detalhada destes resultados.

b) Necessidades de tratamento dentárias

Após uma rápida observação do **Quadro 16**, facilmente concluímos que esta população tem uma grande necessidade de tratamentos dentários não respondida, quer pelo número indivíduos afectados, quer pela quantidade de lesões existentes por indivíduo. Podemos ver que, para os indivíduos dentados, a prevalência de cárie é de 66.9%, de TER 41,1% e de extracções indicadas de 54,3%. Estes valores são concordantes com os de outros estudos como por exemplo, no que se refere as extracções indicadas, podemos encontrar em Washington 23,6%⁴⁹, na Grã-Bretanha 24%⁸⁰, na Austrália 28,6%⁴⁸, no Distrito do Porto 30,13%²¹ e na Itália 80%⁸¹.

No **Quadro 17**, podemos ver a média de necessidades de tratamento por indivíduo e facilmente nos apercebemos da alta prevalência de necessidades não atendidas desta população. Estes resultados, tal como já foi dito, coincidem com os de outros estudos e como exemplo temos as extracções indicadas com média de 2±2,9 por pessoa e para outros estudos os resultados foram respectivamente no distrito do Porto de 1,05±2,94²¹, e na Austrália de 1,4⁴⁸.

c) Estado Periodontal

No **Quadro 20** podemos ver o estado periodontal por sextante e para o total dos sextantes da amostra. Relativamente ao estado periodontal do total dos sextantes encontramos, 68,8% de excluídos, 23,3% com *cálculos*, 7,1% com *bolsas de 3,5 -5,5 mm*, 0,8 com *bolsas de ≥ 6 mm*, 0,2% com *Hemorragia à sondagem* e 0,06% *sãos*.

A percentagem de sextantes com *cálculos* noutros estudos foi de 8,9% para o total e 18,9% para os dentados em Espanha², 30,94% em Viscaia⁸², 65,3% em Navarra⁸³, 44,7% na Catalunha⁸⁴, 5,3% na Alemanha⁸⁵, 12,3% na Croácia⁸⁶, 20% na Dinamarca⁸⁷, 69% na Índia⁸⁸, sendo este normalmente o segundo parâmetro em termos de prevalência, no nosso trabalho foi o primeiro.

A percentagem de sextantes com *bolsas de 3,5 -5,5 mm* noutros estudos foi de 35,9% para o total e 75,8% para os dentados em Espanha², 31,70% em Viscaia⁸². Nestes estudos este, foi o parâmetro mais prevalente, enquanto no nosso estudo o mais prevalente foi os *Cálculos*.

A percentagem de sextantes com *bolsas de ≥ 6 mm* noutros estudos foi de 1,2% para o total e 2,6% para os dentados em Espanha², 13,58% em Viscaia⁸², 2,4% em Navarra⁸³, 6,9% na Catalunha⁸⁴, 7% na Jugoslávia⁸⁹, 11% na Austrália⁹⁰.

A percentagem de sextantes com *Hemorragia à sondagem* noutros estudos foi de 1,3% para o total e 2,3% para os dentados em Espanha², 15,47% em Viscaia⁸², 2,8% na Catalunha⁸⁴ e 2,8% na Andaluzia⁹¹.

A percentagem de sextantes com *sãos* noutros estudos foi de 0% para o total e 0% para os dentados em Espanha², 8,3% em Viscaia⁸², 1,5% em Navarra⁸³.

No **Quadro 21**, confirmamos uma vez mais o peso dos sextantes excluídos como sendo o de maior prevalência, logo vêm os *Cálculos*, as *bolsas de 3,5 -5,5 mm*, as *bolsas de ≥ 6 mm*, a *hemorragia à sondagem* e por último os *sãos*.

Esta avaliação por indivíduo, permite-nos calcular a severidade do estado periodontal por pessoa e facilita a preparação da análise das necessidades de tratamento por indivíduo.

A severidade de estado periodontal dos sextantes por pessoa nesta amostra foi de Excluídos 4,11, *Cálculos* 1,40, *Bolsas de 3,5 - 5,5 mm* 0,42, *Bolsas de ≥ 6 mm* 0,05, *Hemorragia à sondagem* 0,01 e *são* 0,004.

No estudo realizado por Caballero et Col, na população institucionalizada de Viscaia este encontrou, Excluídos 4,7, *Cálculos* 0,36, *Bolsas de 3,5 - 5,5 mm* 0,36, *Bolsas de ≥ 6 mm* 0,13, *Hemorragia à sondagem* 0,21 e *sãos* 0,17.

No estudo realizado por Rodriguez Baciero em relação à população espanhola, este encontrou, Excluídos 4,75, *Cálculos* 0,41, *Bolsas de 3,5 - 5,5 mm* 0,75, *Bolsas de ≥ 6 mm* <0,5, *Hemorragia à sondagem* <0,5 e *são* <0,5. Também refere que os seus resultados são concordantes com o da maioria dos estudos a que teve acesso².

Como tal, podemos concluir que os nossos resultados quanto à severidade do estado periodontal estão de acordo com os outros estudos.

d) Necessidades de tratamento periodontal

No **Quadro 23**, relativo as necessidades de tratamento periodontal dos indivíduos com dentes podemos observar 92,6% (125) apresentam *TN2 - necessidades de tratamento periodontal simples* (educação em higiene oral, tartarectomia e alisamento radicular), 1,5% (2) *TN1 - necessita unicamente de educação e formação em higiene oral*, 5,9% (8) *TN3 - necessita de tratamento periodontal complexo* (educação, tartarectomia, alisamento radicular e cirurgia periodontal) e 0% *TN0 - não têm necessidade de tratamento*.

Neste estudo, todos os indivíduos excluindo os edêntulos e os excluídos, necessitam de tratamento periodontal ou seja não há indivíduos *sãos - TN0*. Em quase todos os estudos consultados a percentagem de indivíduos *sãos - TN0* é inferior a 5%^{4,13,27,92,93,94,95,96,97,98}.

Para as *TN1*, o valor encontrado por nós também coincide com a maioria dos valores noutros estudos^{15,83,97,99,100}.

Para o *TN2*, o valor encontrado por nós é um pouco elevado. No entanto Rodriguez Baciero obteve valores similares². Em relação ao de outros estudos apesar deste valor ser mais alto, é coincidente quanto ao facto ser o parâmetro com maior prevalência^{3,8,27,28,35,92,93,94,96,97,101,102,103}.

Para *TN3*, tal como no nosso estudo este parâmetro costuma ser o segundo mais prevalente. No entanto apresenta uma grande variedade de resultados^{3,8,27,28,35,92,93,94,96,97,101,102,103}.

No **Quadro 22**, verificamos que as necessidades de tratamento por sextantes são praticamente idênticas ao total, com ligeiras alterações percentuais mas mantendo a mesma ordem de grandeza, excepto nos sextantes anteriores em que as *TN2* superam os excluídos. Se retirarmos os sextantes excluídos da tabela, os *TN2* seriam em todos os sextantes os mais prevalentes seguidos dos *TN3* e logo dos *TN1*. Estes resultados são concordantes com resultados de outros estudos tal como já ficou dito acima.

e) Necessidades Protéticas

No **Quadro 24**, é curioso notar que, as necessidades de prótese total sejam as mais prevalentes, seguidas das necessidades de prótese parcial, e depois das sem necessidade. Este resultado está de acordo com o de outros estudos como sejam os de Baciero² e Fernandes²¹, que revelam o alto grau de necessidades protéticas desta população.

No **Quadro 25**, relativamente as necessidades protéticas por indivíduo podemos verificar que, 17,1% (42) não tem necessidades protéticas, 3,6%(9) indivíduos necessitam de conserto das próteses, 78,1% (194) necessita de algum tipo de prótese. No distrito do Porto, Fernandes encontrou 20,03% sem necessidade, 10,88% a necessitar de conserto, 69,09% a necessitar de algum tipo de prótese. Dos possuidores de prótese 53,14% necessita de novas próteses, 21,84% necessita de conserto, 25% não necessita²¹.

Rodriguez Baciero na população Espanhola, encontrou para as necessidades de próteses para a maxila 85% total, 14,6% parcial e 0,4% conserto, para a mandíbula 77,9% Total, 21,7% parcial e 0,4% conserto. Dos indivíduos com prótese 22,4% necessita de substituição na maxila e 20,8% na mandíbula².

Podemos concluir, que os resultados deste estudo são concordantes com o de outros estudos quanto à grande necessidade protética desta população.

V-CONCLUSÃO

Características Demográficas:

- Baixo nível de escolaridade e com percentagem significativa sem escolaridade.
- 38,4% (94) edêntulos e 61,6% (151) com pelo menos um dente, no entanto destes últimos 70,2% provavelmente não têm uma dentição funcional. Ou seja, os que não são edêntulos têm no entanto grandes perdas dentárias.
- A grande maioria está no lar há mais de um ano e existe uma grande percentagem há mais de 5 anos.

Hábitos de Higiene dos pacientes com dentes:

- Quase metade não escova regularmente os dentes.
- Mais de metade não usa pasta de dentes, provavelmente o verdadeiro valor dos que realmente não escovam.
- A quase totalidade não sabe o que é fio dental.

Hábitos de Higiene dos portadores de prótese:

- A maioria têm esta prótese há mais de 10 anos.
- Quase metade refere ter alterado os seus hábitos de higiene após ter prótese.
- Quase 1/4 não escova as próteses, no entanto a grande maioria escova uma ou mais vezes ao dia -resta saber é a qualidade dessas escovagens
- 41,2% usa dentífrico o que não é o mais aconselhado e 42,8 % só água.

Motivação para a reabilitação oral:

Dos idosos a quem falta pelo menos um dente e que não têm qualquer tipo de reabilitação protética, a grande maioria, está incluída no grupo dos que afirmam :não conseguir usar, não necessitar ou que não sabem indicar uma razão, por outras palavras têm muito pouca motivação e interesse na sua reabilitação.

Valor que o paciente atribui á sua higiene oral e ao que faz da dela:

- A maioria pensa que escova bem os dentes e/ou próteses (o que é errado)
- A maioria considera a escovagem importante (hipocrisia)
- A maioria acha não ser necessário alguém para ajudar na higiene oral no lar.

Grau de satisfação com a cavidade oral:

A maioria está satisfeita com as condições da cavidade oral, com a sua capacidade mastigação e com a estética dos seus dentes e/ou próteses.

Importância que o paciente dá ao médico Dentista na sua saúde oral e a sua saúde oral:

- A maioria não visita o dentista há mais de 5 anos.
- A maioria visita só em situações de urgência dor ou extracções.
- A maioria refere não sentir qualquer necessidade de ver o Dentista.
- A maioria pensa que independentemente do que fizer acaba por perder os seus dentes.
- No entanto, a maioria aceitava que o Médico Dentista a trata-se.
- A maioria se fosse neste momento ao dentista não lhe pedia para fazer nada ou talvez uma limpeza
- No entanto, a maioria acha o Dentista muito importante para a sua saúde oral

Pelas conclusões dos parâmetros anteriores, rapidamente apercebemo-nos da necessidade e urgência de um programa de promoção e prevenção dos cuidados de saúde oral nesta população e da importância da avaliação e reforço constantes deste programa.

Exame objectivo da cavidade oral:

Há 94 indivíduos edêntulos representando 38,4% do total da amostra.
A maioria têm mais de um dente cariado ou seja precisa de algum tipo de tratamento.
A maioria têm mais de 11 dentes perdidos ou seja não têm uma dentição funcional.
A maioria não têm um dente restaurado ou seja não tem utilizado os serviços médico dentários.

Em média $2,2 \pm 2,4$ por pessoa para restaurar num total de 333
Em média $1,0 \pm 1,8$ por pessoa para TER num total de 157
Em média $2,0 \pm 2,9$ por pessoa para Extracções num total de 310

É de reparar que a média de necessidades de restaurações se somada à de T.E.R. é superior à de extracções para esta população. No entanto, se tivermos em conta o grande número de dentes perdidos nesta população, não deixa de ser notável o elevado valor dos dentes para extracção.

O índice CPOD desta amostra, é elevado 26,01, sendo evidente o grande peso dos dentes perdidos 22,67, o peso dos dentes cariados 2,86 e a insignificância dos obturados 0,48.

Podemos concluir que, apesar do elevado número de edêntulos e de dentes perdidos nesta população, a cárie constitui mesmo assim um problema de grande prevalência.

- A maioria dos sextantes são excluídos de tratamento periodontal.

-Após retirarmos os excluídos da amostra, concluímos que todos os pacientes necessitavam de tratamento periodontal.

-Só uma percentagem muito pequena 5,9% (8) dos indivíduos dentados e representando 1,3% de sextantes, necessita de tratamento periodontal complexo,.

Logo, quase todas as necessidades periodontais pode ser resolvida pela higienista.

Somente 17,1% (42) do total da amostra não têm necessidades protéticas ou seja a maioria - 82,9% (203) - da amostra necessita de algum tipo de tratamento protético (concerto, rebasamento, ou substituição).

Em termos de arcadas o valor é menor, mesmo assim a maioria necessita de algum tipo de reabilitação protética (67,5%) e destes mais de metade (36,1%) necessita de prótese total.

Podemos concluir através do exame objectivo, o grande nível de necessidades que esta população tem tanto a nível de promoção, educação, e formação em saúde oral para a sua manutenção após tratamento e reabilitação, como também do alto grau de invalidez oral (ausência de dentição funcional e/ou estética) desta população. É portanto urgente definir um plano interdisciplinar de acção, definindo objectivos, metas, prioridades e abrangências do mesmo, para que este possa ser implementado o quanto antes.

VI-APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS

6.1 - INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a melhoria das condições de vida e as conquistas científicas, têm provocado alterações demográficas, caracterizadas sobretudo por um aumento da percentagem de população sénior na população em geral. Este aumento, veio influenciar o rumo dos serviços de saúde nas áreas curativas e acima de tudo, nas áreas preventivas.

A população sénior representa cada vez mais um desafio no âmbito da saúde oral, não só pelo acumular de lesões e tratamentos a que esteve exposta, mas também pelas alterações fisiológicas e variedade de doenças crónicas e terapêutica medicamentosa a que está sujeita.

Deste maior protagonismo da população sénior surge o interesse deste trabalho na área de promoção e prevenção em saúde oral comunitária, que é sentido por todos os que trabalham directa e indirectamente com esta população, como uma necessidade básica e urgente que não pode ser adiada.

6.2 - DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO:

Indivíduos capazes de realizar independentemente a sua higiene oral, residentes em lares de terceira idade, do Concelho de Gaia (398).

Idade acima dos 65 anos; 2/3 mulheres, 1/3 homens.

Maioria está no lar há mais de um ano, grande percentagem há mais de 5 anos.

No geral, de extracto sócio-económico baixo.

No geral, nível de escolaridade baixo.

Principais razões da presença no lar: isolamento social, limitações económicas.

População com grande falta de conhecimentos em saúde oral.

Interesse e/ou motivação baixos ou nulos para a reabilitação, promoção e prevenção, em saúde oral, por parte desta população (maioria não vê qualquer necessidade de ir ao dentista, mas se fosse seria só para inspecção, ou no caso dos edêntulos para novas próteses, a maioria não visita o dentista há mais de 5 anos, e os que visitam é em situações de urgência).

Resignação quanto à sua saúde oral, provavelmente associado à diversidade de situações crónicas com que estes indivíduos vivem diariamente, às quais dão mais valor (Patologias Articulares, Cardiovasculares, Neurológicas, Genito-urinárias, etc), como também ao tipo de tratamentos e uso que fizeram dos serviços médico-dentários anteriormente.

Todos os indivíduos, (excepto 5) apresentam ausência de pelo menos um dente.

Grande prevalência de perdas dentárias (40% edêntulos, e dos com dentes, aproximadamente 70% não tem dentição funcional pela definição da OMS).

Grande prevalência de cáries.

Os problemas periodontais abrangem toda a população, no entanto, são de baixa gravidade e na sua quase totalidade podem ser resolvidos por uma higienista.

A maioria possui próteses há mais de 10 anos.

A maioria necessita reabilitação protética, por motivos funcionais e/ou estéticos, sendo o panorama de necessidades: 1/3- prótese total; 1/3 -prótese parcial removível; 1/3 - sem necessidade de prótese.

Não há qualquer tipo de triagem de lesões da cavidade oral como medida de prevenção do cancro oral.

Há ainda que referir, a ausência de qualquer tipo de programa e/ou acompanhamento de saúde oral para esta população e a total unanimidade por parte do pessoal administrativo, médico, enfermagem, e auxiliar, quanto à necessidade de um apoio médico dentário mais regular, visando sobretudo a promoção e prevenção da saúde oral.

Todo o pessoal que lida directa e indirectamente com os idosos deve ser incluído na população alvo, pois devem ser expostos à promoção, motivação e formação para a higiene oral consoante os seus pré-requisitos .

6.3 - OBJECTIVOS E METAS:

1- Educação, promoção, motivação e formação para a saúde oral junto de e consoante os pré-requisitos dos formandos:

- a)Pessoal Administrativo
- b)Corpo Médico/Enfermeiro
- c)Pessoal Auxiliar
- d)Cozinheiras e/ou Nutricionista
- e)Assistente Social
- f)Auxiliar Dentário
- g)Residentes no lar

2 - Formação sobre alimentação e saúde oral.

3 - Levantamento da Saúde oral no lar e para cada indivíduo. (já está realizado)

4 - Elaboração de uma ficha dentária individual para cada paciente.

5 - Desenvolver protocolo para resolver as situações de emergência em 24-36 horas.

6 - Exame oral dos novos residentes e exame anual de todos.

7 - Elaboração de um programa de Saúde oral diário para cada indivíduo consoante as suas necessidades.

8 - Plano interdisciplinar para o tratamento de cada paciente.

9 - Equipamento dentário consoante o âmbito e abrangência do programa.

10 - Elaboração e definição dos métodos para avaliar a qualidade e progressos do programa.

11 - Elaboração de plano financeiro.

6.4.-PLANO DE ACÇÃO:

O plano de acção deve decorrer consoante a ordem dos objectivos, devendo em primeiro lugar visar a promoção e prevenção da saúde oral no lar e a instituição de um plano diário de higiene oral para todos os residentes.

Os residentes que mostrarem adesão ao programa e capacidade de manutenção da sua higiene oral, serão candidatos à reabilitação e tratamentos dentários que poderão ser tão abrangentes quanto os recursos financeiros do programa e as

prioridades e necessidades de tratamento definidas pelo plano interdisciplinar e que tenham o acordo e livre participação dos residentes e/ou seus responsáveis.
Seguindo esta ordem de ideias, temos então:

1 - Educação de todo pessoal médico e dentário na prevenção e manutenção da saúde oral e da sua importância para a saúde em Geral.

Formação sobre flúor e clorhexidina vs placa bacteriana, a todo o pessoal do lar e aos residentes.

Mudanças relacionadas com a idade (normalmente perda gradual das funções) versus patologias.

Tornar consciente o pessoal auxiliar da importância das sequelas das lesões orais como sejam, cáries, perda dentária, doença periodontal, dor, desconforto e a morbilidade que pode causar a ausência de cuidados de saúde oral.

Necessidade de instruir o pessoal auxiliar consoante os pré-requisitos dos formandos.

Fornecer instrumentos para a realização dos cuidados de higiene oral, importância e benefícios que proporcionam esses cuidados.

Sensibilização para o cancro oral a todo o pessoal do lar e aos residentes.

Ensino individual prático pelo dentista e higienista da escovagem e cuidados a ter com a prótese à auxiliar dentária e aos residentes.

Instrução pelo dentista e higienista da auxiliar dentária quanto aos cuidados para os indivíduos com dentes/ dentes e prótese/ próteses/ edêntulos/ xerostomia.

Programas de treino devem ser frequentados por todo o pessoal do lar, de acordo com as suas funções e deve ser realizado durante as horas de serviço.

Os profissionais de saúde devem ser educados sobre as suas funções na equipa de saúde e saúde oral.

Reforço periódico da motivação de todos os participantes consoante a sua função realizado pelo dentista e higienista.

Educação e acompanhamento da escovagem dos dentes e próteses (materiais a utilizar) pela higienista e auxiliar dentária.

Explicação passo a passo das diversas técnicas de manutenção da higiene oral e dos instrumentos disponíveis para as realizar.

Instrução do auxiliar dentário: na importância da higiene oral, nas técnicas de escovagens, tipos de escovas e funções, dentífricos e flúor, fio dentário, técnicas de limpeza da boca, remoção e colocação de próteses, avaliação dos tecidos orais e dos dentes e marcação das prótese.

2 - Formação sobre alimentação e saúde oral pelo dentista e higienista ao pessoal administrativo, cozinheiras, nutricionistas e residentes.

Formação da auxiliar dentária e dos idosos sobre doces sem açúcar, higiene oral após refeições e efeito preventivo do leite e derivados.

3 - O levantamento já foi realizado.

4 - Devemos elaborar uma ficha dentária para cada paciente referindo o seu estado sensorial, médico dentário, capacidade ou não de realizar a sua higiene oral sozinho, se usa ou não prótese, cuidados diários de higiene que deve ter e as necessidades de tratamento, horário das consultas, que tipo de tratamento foi realizado, se necessita ou

não de medicação profilática e de que tipo, se necessita de alterar alguma medicação e que tipo de precauções devemos ter durante o tratamento.

Ficha deve sempre acompanhar paciente à consulta.

5 – As emergências médico dentárias normalmente não são verdadeiras emergências médicas, incluem infecções agudas, crónicas, dor, fracturas dentes e/ou próteses e perda de dentes. No entanto, devemos estabelecer um protocolo com uma clínica e/ ou instituição com o fim de rapidamente resolver essas necessidades num máximo de 24 a 36 horas.

6 - Exame oral dos novos residentes e marcação das Próteses dentro de 15 dias pela higienista e Exame oral pelo dentista até 30 dias após entrada no lar.

Exame anual dos residentes pelo Médico Dentista.

Objectivos do exame:

- História clínica do paciente

- Examinar estruturas moles e duras da cabeça e do pescoço.

- Avaliação e identificação das causas de dor.

- Triagem da existência de patologias e de cancro oral

- Recolher informação da dentição e estruturas orais.

- Avaliação das capacidades físicas e mentais do paciente

- Avaliação do risco de desenvolver patologias dentárias

- Dados para elaboração do plano de tratamento

- Avaliação do programa

7 - A higiene oral é o pilar da prevenção em gerodontologia. Devemos elaborar um Plano diário e lista para controle das actividades de higiene oral realizadas diariamente. Estas podem incluir a prescrição de flúor e clorhexidina (gel, dentífrico, solução, vernizes). O pessoal auxiliar deve considerar a higiene oral tão importante como a administração diária da medicação dos pacientes.

O plano diário deve contemplar o ensino individual prático da escovagem e cuidados a ter com a prótese e acompanhamento da escovagem dos dentes e próteses (materiais a utilizar) pelos residentes, etc.

Bochechos com clorhexidina e flúor consoante as necessidades do paciente, no entanto as estratégias de remineralização devem visar só os indivíduos de médio e baixo risco, com bastantes dentes e atingidos por um baixo número de cáries incipientes¹¹. Adaptação do programa caso a caso.

Documentação dos cuidados diários a ter e dos que foram realizados.

Marcação de próteses e seu controle regular de 3 em 3 meses.

Supervisionamento diário da higiene oral dos pacientes pela auxiliar dentária e mensal pela higienista.

Tratamentos periodontais e manutenção pela a higienista.

Os residentes devem ser estimulados a participar o máximo possível na manutenção da sua saúde oral, devendo para isso ser instruídos e ter acesso a todo o material para tal necessário.

O plano diário de tratamento deve focar na capacidade do paciente em controlar a sua higiene oral (uso de reveladores de placa em que o paciente faz o seu próprio controle).

Auxiliar Dentário é responsável de que o programa seja seguido pelo residente.

8 - Definição dos objectivos, metas, tarefas e responsabilidades no tratamento.

Factores que devemos ter em conta ao desenvolver um plano de tratamento : ¹⁰⁴

- Consentimento informado do paciente.
- Cooperação e capacidade de manutenção da higiene após reabilitação.
- Mudanças da cavidade oral que acontecem com a idade.
- Presença e extensão das doenças orais.
- Estado da dentição e aspecto da mastigação.
- Função salivar.
- Necessidades estéticas.
- Eliminação da dor e infecção .
- Limitações e iatrogenia do tratamento.
- Saúde sistémica e estado funcional.
- Prescrições e uso de medicação de venda livre.
- Mobilidade e habilidade manual e estado neuromuscular.
- Estado cognitivo.
- Esperança de vida.
- Considerações financeiras.
- Considerações sociais.
- Crenças e atitudes do paciente.
- Qualidade de vida.
- Padrão de utilização dos serviços dentários por parte do paciente.
- Acesso aos tratamentos dentários.
- Atributos dos dentistas.
- Padrões de tratamentos prevalentes.

Desenvolver protocolos de actuação para manutenção da higiene oral para:

- Pacientes com dentes.
- Pacientes edêntulos.
- Pacientes com xerostomia.
- Remoção e colocação das próteses.
- Cuidados na higiene das próteses.
- Marcação próteses.

Tratamentos periodontais e manutenção – higienista

Devemos saber avaliar quem são os grupos de risco para intervir precocemente.

No plano de tratamento tem que estar definidas metas e objectivos, bem como prioridades de tratamento, pois sabemos que há as seguintes necessidades em termos de Restaurações, TER, Extracções e Reabilitação Oral:

Restaurações – nº333 num total de 101 idosos

TER - nº 157 num total de 62 idosos

Extracções - nº310 num total de 82 idosos

Próteses - Totais – 177; Parciais – 154

Se o exame da prótese for satisfatório, podemos estabelecer um novo programa conforme as necessidades ou ficarmos por uma revisão das medidas preventivas e de higiene da prótese.

Se o exame da prótese não é satisfatório, devemos proceder à reparação da prótese, rebasamento, duplicação e substituição, conforme as necessidades¹⁰⁵.

Realização de próteses por um convénio a estabelecer entre o lar e clínica convencionada ou Faculdade de Medicina Dentária do Porto (Departamento de Prótese).

Tratar das marcações, Transporte e preparar o paciente se necessária profilaxia antibiótica ou alterar alguma medicação previamente.

A ficha deve acompanhar paciente à consulta.

10 - Controle semanal no 1º mês, pela higienista e auxiliar dentária da higiene oral dos residentes.

Controle semestral do programa pelo Dentista e Higienista.

É necessário seguir os idosos para saber quem está em risco⁷.

A evolução do programa será avaliada pelos índices usados no levantamento. A avaliação dos tratamentos será feita por critérios usados em clínica pelo médico Dentista responsável pelo lar.

11 - A abrangência do programa depende das verbas e materiais disponíveis.

Devemos proceder a elaboração dos custos, contratos e convénios para saber abrangência do programa.

Tratamento das outras necessidades objectivas:

Restaurações – nº333 num total de 101 idosos

TER - nº 157 num total de 62 idosos

Extrações - nº310 num total de 82 idosos

Próteses - Totais – 177; Parciais – 154

O equipamento portátil pode custar de 1500 a 4000 contos.

Realização de próteses por um convénio a estabelecer entre o lar e clínica convencionada ou Faculdade de Medicina Dentária do Porto (Departamento de Prótese).

6.5 - ENTIDADES RESPONSÁVEIS

Câmara Municipal de Gaia.

Centro de Saúde de Gaia.

Lares envolvidos no programa (pessoal médico, administrativo e auxiliar) e sempre que possível, o responsável pelo idoso.

Clínicas convencionadas para a realização dos tratamentos.

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (Dept. Med. Dent. Prev.; Dept. Prótese Total).

6.6 -RECURSOS HUMANOS

- 1-Médico Dentista, de preferência com preparação e experiência nas áreas de Gerodontologia e/ou em Medicina Dentária Preventiva.
- 2-Higienista, de preferência com preparação e experiência nas áreas de Gerodontologia.
- 3 - Médico (Director Clínico).
- 4 – Enfermeiras.
- 5 - Pessoal Auxiliar (auxiliar dentária).
- 6 - Nutricionista e cozinheiras.
- 7 - Assistente Social.
- 8 - Dentistas convencionados.
- 9 - População alvo, quando poder e quiser colaborar.
- 10 - Motorista da câmara.
- 11 - Alunos da FMDUP (caso haja participação activa da FMDUP).

6.7 - TAREFAS

1 - Médico Dentista responsável pelo lar:
Coordenar tarefas diárias.
Assegurar qualidade das actividades.
Educar, promover e motivar a saúde oral de todos os intervenientes e residentes do lar.
Triagem e sensibilização para o Cancro Oral.
Controle e avaliação regular do programa.
Reforço regular da motivação.
Elaboração dos planos de tratamento individuais e descrição dos instrumentos e materiais necessários à sua concretização.
Avaliação da qualidade dos tratamentos e definição dos parâmetros de avaliação.
Desenvolver e supervisionar plano higiene oral diário.
Observação anual de todos os residentes e em menos de um mês dos recém registados.
Servir como ligação entre o lar e clínicas convencionadas e /ou Faculdades.
Promoção da abordagem e planeamento interdisciplinar dos objectivos e metas para tratamento dos pacientes.
Definir objectivos e metas profissionais do programa e desenvolver estratégias para os concretizar.

2 - Higienista:
Coordenar tarefas.
Educar, promover e motivar a saúde oral (técnicas de higiene oral).
Triagem da cárie dentária, dos problemas periodontais e de qualquer tipo de lesão oral.
Controle e avaliação regular do programa. (semestralmente).
Reforço regular da motivação.
Elaboração dos planos de tratamento.
Tartarectomias e curetagens radiculares quando necessárias e seguindo o plano de tratamento.
Marcação das próteses dos idosos à entrada no lar (primeiros 15 dias) e controle trimestral.

3 - Médico do Lar:

Apoio na educação e motivação da saúde oral.
Apoio no controle e definição dos objectivos do programa.
Colaboração na elaboração do plano de tratamento.

4 - Enfermeira:

Apoio na educação e promoção da saúde oral.
Controle indirecto do programa.
Colaboração na equipa que elabora os planos de tratamento para os idosos.

5 - Pessoal Auxiliar de internato do Lar:(Auxiliar dentária)

Supervisionamento diário dos bochechos com clorhexidina e flúor.
Supervisionamento diário da escovagem dos dentes e/ou próteses.
Apoio na higiene oral dos que têm limitações motoras.
Distribuição de todo o material necessário para a realização destas tarefas.

6 - Nutricionistas e Cozinheiras:

Elaboração de uma dieta equilibrada para a população em questão.

7 - Assistente Social:

Motivação e promoção da saúde oral.
Controle do programa e reajuste do pessoal auxiliar.

8 - Dentistas convencionados:

Colaboração o mais estreita possível com os responsáveis pelo plano de tratamento, na elaboração deste.
Realização dos tratamentos solicitados e informação ao dentista do Lar de qualquer alteração no plano de tratamento que deseje introduzir.

9 - População Alvo:

Participação activa e voluntária no supervisionamento dos bochechos de clorhexidina e/ou flúor.
Participação activa e voluntária no supervisionamento da escovagem dos dentes e/ou próteses.
Colaboração na distribuição de todo o material necessário para a realização destas tarefas.

10 - Motorista da Câmara:

Levar alunos ao Lar.
Levar seniores à Faculdade.
Levar idosos à Clínica convencionada.

11 - Alunos da Faculdade de Medicina Dentária:

Realização de próteses.
Triagem do Cancro Oral.
Avaliação do programa.
Ensino individualizado de escovagem de dentes e de prótese.

6.8. - RECURSOS MATERIAIS:

Material de observação (Pinça, sonda periodontal, sonda pontiaguda, espelho plano nº5).
Material para a higienista: ultra-som portátil, aspirador, luz de cadeira e peça de mão.
Solução de clorhexidina e flúor.
Escovas para as próteses e/ou dentes.
Copos para as próteses.
Material didático.
Autocarro camarário.

6.9.- CUSTOS

Os recursos materiais e humanos vão ter que ser suportados por: Câmara Municipal, Centro de saúde, Lares e/ou idosos e FM Dentária do Porto (em caso de colaboração).

CUSTO:

Higienista :-----	167.400\$ por mês
Dentista :-----	315.400\$ por mês
Material para a higienista: Ultra-som portátil-----	374.000\$
Aspirador	
Luz de Cadeira	
Peça de Mão	
Solução de clorhexidina :-----	900\$ (por ½ litro)
Solução de flúor :-----	609\$ litro (bochecho quinzenal com 10 ml)
Comprimidos de flúor :-----	1,37\$ (488\$-365 comprimidos de mg)
Escovas para as próteses e/ou dentes :-----	350\$00
Tratamentos: 177-próteses totais-----	Valor conforme o convencionado
154- próteses parciais-----	Valor conforme o convencionado
333-restaurações-----	101 idosos (7500\$00 por restauração)
157-TER (implica 3 sessões)-----	62 idosos (7500\$00 por sessão)
310-extrações-----	82 idosos (7500\$00 por dente)

Nota : No caso de participação da FMDUP, poderíamos obter uma redução substancial dos custos do programa, bem como beneficiar da experiência e qualidade disponibilizados pelo quadro docente e alunos.

Para as escovas e soluções tenho a certeza que conseguimos o gentil patrocínio das empresas da área para pelo menos podermos dar início a um programa que terá concerta um grande impacto em termos político-sociais e comunitários .

VII - DISCUSSÃO DO PROGRAMA

O aumento do peso percentual da população com mais de 64 anos na população total e a retenção dos dentes naturais por esta população, está a originar o aumento da prevalência da cárie e doença periodontal na população Geriátrica¹⁰⁶.

Como se pode observar pelos resultados do levantamento, esta população alvo não foge à regra. A baixa motivação e falta de conhecimento, bem como a grande necessidade de tratamentos impõe a implementação de um programa de saúde oral, visando sobretudo a prevenção e a promoção da saúde oral.

A negligência dentária nos lares é explicada pela falta de conhecimento sobre cuidados de saúde oral e do íntimo relacionamento entre a higiene oral e a saúde em geral, assim como pela falta de fundos, relegando a medicina dentária para um segundo plano. Exemplo disso é o resultado de um levantamento realizado em lares nos EUA e que refere 60% não têm dentista ou só têm para realizar tratamentos de urgência¹⁰⁷. Sendo esta última, a situação dos lares visitados por nós.

Este aumento das necessidades de tratamento dentárias levou a Sociedade Americana de Medicina Dentária Geriátrica (American Society of Geriatric Dentistry) a promover 4 grandes objectivos para a saúde oral dos idosos:¹⁰⁸

1- Porquê devemos prestar cuidados de saúde oral aos lares?

Para prevenir as doenças orais, manter a função mastigatória e a fala, e para preservar o conforto, dignidade e higiene do paciente.

2 - Como devem ser prestados os cuidados de saúde oral?

Os padrões dos cuidados de saúde oral e o acesso aos cuidados de saúde oral devem ser iguais aos da comunidade .

3 - Como preservar os direitos dos pacientes?

Os pacientes e os seus representantes devem ter o direito de escolher livremente se querem receber ou não os cuidados de saúde oral.

4 - Que posição devemos tomar perante a negligência da saúde oral dos residentes?

Todos os prestadores de cuidados de saúde dos residentes devem advogar contra a negligência dos problemas e cuidados de saúde oral

A elaboração do programa foi baseada nas referências bibliográficas para isso recolhidas. Limitamos inicialmente o programa aos indivíduos que conseguem realizar individualmente a sua higiene oral, por uma questão de facilidade de implementação do programa. Após este estar a funcionar e havendo possibilidade, o ideal seria que fosse alargado a toda a população residente.

Devido a grande dimensão das necessidade de reabilitação oral impõe-se a realização de protocolos para solucionar este problema. Se possível, com a participação da FMDUP, pois poderíamos obter uma redução substancial dos custos do programa, bem como beneficiar da experiência e qualidade disponibilizados pelo quadro docente e alunos, beneficiando também a Faculdade, ao proporcionar o treino necessário à formação dos alunos na reabilitação oral e promover um contacto mais íntimo com a realidade da população geriátrica. Poderia ainda ser alargado o âmbito a

sessões de promoção e prevenção de saúde oral no lar e uma participação mais íntima dos alunos na triagem da saúde oral e no plano diário de higiene.

Sabemos que esta falta de conhecimentos e as atitudes negativas em relação aos idosos^{108, 109} também inclui os Médicos Dentistas havendo necessidade de maior formação nas faculdades e de maior inter-relacionamento entre as diversas especialidades médicas, para obtermos uma abordagem maior e melhor das necessidades do paciente geriátrico, tal como sugerem alguns trabalhos¹¹¹.

Como tal, devemos lembrar sempre que for necessário, que a saúde dentária é uma parte vital dos cuidados primários de saúde. Não deixando de referir que, a boa saúde oral promove a autoestima, o sorriso, melhora o prazer da comida e a saúde em geral¹¹². Sabemos que quando a comunicação com o paciente é boa, há propensão em seguir as instruções de manutenção¹⁰⁵.

Do que foi dito, rapidamente podemos concluir da importância de um programa preventivo para a população geriátrica, tal como o indicam diversos estudos^{2,12,21,23}.

1 - Para a prevenção e promoção da saúde oral desta população devemos ter sempre presente as implicações clínicas do envelhecimento:

Perda social.

Perda de rendimento.

Perda de amigos e familiares.

Deterioração dos sistemas fisiológicos.

Medos.

Insegurança física e financeira.

Mudanças dos sistemas sensoriais.

Múltiplas doenças crónicas e suas implicações.

Polimedicação.

Protocolos de acção relacionando doenças crónicas e polimedicação e as suas implicações no tratamento dentário e na cavidade oral.

Fármacos mais prescritos e suas acções, interacções e reacções adversas.

Definição e protocolos dos regimes profiláticos com antibióticos.

Medicamentos com efeitos xerostomizantes.

Para a promoção e prevenção em saúde oral a única via é pela informação e educação das medidas preventivas e implementação destas¹¹³. O objectivo da prevenção é prevenir a doença ou inverter o seu desenvolvimento, como tal temos:

Prevenção primária - impedir o aparecimento de lesões

Prevenção secundária - evitar o desenvolvimento e progresso de lesões

Prevenção terciária - prevenção de perda de vida dentária e impedir a incapacidade oral.

A prevenção pode ser realizada através de intervenção química, física e alteração do comportamento adequados à doença.

Normalmente os programas preventivos de saúde oral para esta população incluem prevenção da cárie, doença periodontal e cancro oral⁸.

Na Prevenção da Cárie

A educação para a saúde oral é a base para uma boa manutenção da higiene oral e da prevenção da cárie. Pois, com educação e formação em saúde oral conseguimos motivar e promover hábitos de higiene correctos e capazes dentro das limitações dos indivíduos, para a manutenção de uma boa higiene e assim evitar o desenvolvimento e aparecimento de novas lesões de cárie. A formação deve contemplar sempre ensino e treino na escovagem, assim como dos benefícios das aplicações de flúor, clorhexidina, etc.

Prevenção da doenças Periodontais

A educação para a manutenção da higiene oral também aqui é essencial. Devemos motivar os pacientes para a remoção mecânica da placa - escovagem e quando necessário para a aplicação de clorhexidina em forma de bochecho e/ou de gel. Pois é aceite que, a clorhexidina têm um papel importante na prevenção da formação e crescimento da placa bacteriana. Num estudo em que os indivíduos bochecharam durante seis semanas com 0,12% de clorhexidina, os índices de placa e gengivais e a sondagem de bolsas melhorou, sendo os benefícios maiores obtidos em bolsas com menos de 5 mm¹⁴.

No entanto, não deve ser visto como um substituto da remoção mecânica da placa mas antes como um aliado.

Sabemos também que a maioria das necessidades de tratamento periodontais desta população, seriam facilmente e quase na totalidade resolvidas por uma higienista com tartarectomias e tratamento periodontais não cirúrgicos.

Xerostomia

A educação sobre os problemas associados à xerostomia e dos benefícios que o paciente pode ter com a aplicação de algumas medidas como sejam: mastigar chiclete e/ou chupar rebuçados sem açúcar e/ou com xilitol, beber pequenos goles de água frequentemente, chupar cubos de gelo e saliva artificial são da maior importância para a sua implementação bem como para alertar tanto os residentes como o pessoal auxiliar quanto à presença desta situação como para a existência de soluções relativamente simples para o problema.

Próteses

A educação em saúde oral tem aqui um papel muito importante para evitar ao máximo a invalidez oral, pois esta pode influir negativamente em aspectos pessoais, psicológicos e sociais.

As próteses devem ser vistas como parte integral da cavidade oral, embora necessitando de manutenção e cuidados especiais, mas que na realidade após educação e formação adequadas às necessidades, pode ser facilmente executada pelo auxiliar dentário e pelo residente, tendo repercussões extremamente benéficas na saúde oral deste último.

A educação vai alertar o pessoal auxiliar e os residentes para avaliação da presença de lesões orais, para prevenir o aparecimento do ciclo irritação, mastigação dolorosa, nutrição insuficiente, irritação crescente dos tecidos.

O pessoal auxiliar e os residentes deverão receber formação sobre os procedimentos, instrumentos e cuidados na limpeza das próteses⁸.

Cancro Oral

Aqui a educação servirá para alertar todo o pessoal do lar e residentes da importância do diagnóstico precoce e das visitas de rotina ao dentista. Pois é aceite que, à medida que a população envelhece há mais indivíduos em risco de cancro e que ter mais de 60 anos de idade constitui um factor de risco, tal como história de exposição ao álcool, tabaco, outros irritantes (sol, pimenta, tabaco de mascar, etc) obviamente que devemos ter em conta a dose e duração da exposição aos irritantes.

Foi também encontrada uma associação entre a utilização dos serviços dentários e de medidas preventivas e uma menor prevalência de cancro. Sabemos que os pacientes edêntulos por norma usam pouco os serviços dentários e aqueles que por dificuldades financeiras ou outras também não usam, permitem normalmente a evolução das situações pré malignas.

Sabemos que o cancro oral representa 2-3% das neoplasias malignas da cavidade oral na Europa e que é frequentemente precedido de leucoplasias e/ ou eritroplasias da cavidades oral.

Os carcinomas espinocelulares aparecem num ratio de aproximadamente 3-4 por 100.000 habitantes na população toda e 100 por 100.000 habitantes para a população com mais de 65 anos nos países ocidentais.

A maioria dos carcinomas cresce lentamente, daí a importância do diagnóstico precoce, podendo evitar a metastização e danos mais graves para a saúde geral do indivíduo.

Os cancros da cavidade oral representam 55% dos cancros e 67 % das mortes por cancro na população com mais de 65 anos¹¹⁵.

Numa de avaliação de programas preventivos para idosos, Baat sublinhou a necessidade de instrução e demonstração, com reforço e avaliação sistemática do programa¹¹⁶.

Sabemos que o pessoal auxiliar é no geral mal pago, sem formação e sobrecarregado de trabalho e que o pessoal de enfermagem não têm formação para identificar correctamente lesões orais e problemas dentários¹⁰⁶.

Sabemos também que os enfermeiros e o pessoal auxiliar são quem fornece a maior parte dos cuidados de saúde a esta população, logo as suas atitudes, valores, conhecimentos e experiências em saúde oral vão determinar a maneira e o tipo de cuidados que estes vão fornecer à população alvo.

Portanto, temos também o problema de como motivar e educar o pessoal auxiliar para saúde oral.

Daí a necessidade de um programa de formação em higiene oral, tanto para o pessoal de enfermagem como para o pessoal auxiliar, de acordo com os seus pré-requisitos, assim como a instituição do quadro de auxiliar dentário, para evitar sobrecarregar ainda mais o pessoal do lar e ao mesmo tempo termos um funcionário responsável, com formação adequada e tarefas bem definidas, dispondo do tempo necessário para correctamente desempenhar essas tarefas.

Sabemos que o envolvimento do dentista no treino e formação do pessoal auxiliar e de todo o pessoal do lar de acordo com os pré-requisitos destes foi visto como importante¹¹⁷.

Devemos chamar atenção às entidades, para a necessidade de programas para esta população, demonstrando não só os resultados do levantamento nesta população como os dados obtidos noutros locais. Em alguns estudos encontramos valores em que

a incidência de cáries nos indivíduos com mais de 65 anos é maior do que nas crianças com menos de 14 anos, a residir na mesma área^{118,119}.

As taxas de cárie para a população institucionalizada são maiores que as encontradas para o mesmo coorte na comunidade¹²⁰.

A educação desta população servirá para acabar com alguns mitos associados a este coorte como sejam: Associação do envelhecimento com edêntulismo, que os tratamentos dentários são muito caros, que são muito demorados e que todos os dentistas e serviços dentários são iguais. Pois, nós sabemos que o envelhecimento não causa perda dentária, sabemos que a prevenção é mais barata que os tratamentos de emergência e rotina e que os prestadores de serviços de saúde podem prestar serviços ao nível dos desejos dos idosos, mas também não nos podemos esquecer, que os tratamentos dentários não têm resultados eternos¹¹¹.

2 - Temos a questão se é correcto procedermos as restaurações sem ajudar a melhorar os hábitos de higiene e alimentares do paciente.

Como já foi dito, a Educação em saúde oral é fundamental na Prevenção, na qual também deve estar sempre incluída a educação alimentar, referente ao tipo de alimentos e quantidades assim como à frequência, por exemplo reduzir os lanches entre as refeições a não ser que a pessoa escove sempre os dentes a seguir a cada lanche, algo difícil de acreditar nesta população.

3 - A provisão de cuidados de saúde nos lares necessita do desenvolvimento de objectivos de tratamento que vão de encontro às necessidades da população. Como tal devemos avaliar a motivação, valores e percepções da população alvo antes de implementar programas de saúde oral¹²¹.

Para elaborar um plano de acção também é essencial saber as capacidades e limitações dos pacientes e dos prestadores de cuidados.

Só conseguimos avaliar os parâmetros propostos nas linhas anteriores se tivermos dados objectivos para trabalhar e que são obtidos através de um levantamento, tal como nós realizamos neste trabalho.

4 - A elaboração da ficha dentária é fundamental para o controlo do plano diário de higiene, bem como do plano de tratamento.

5 - É essencial haver um serviço de emergências médico-dentárias para esta população, tal como é sugerido em diversos estudos^{112, 106}.

6 - O exame anual e regular dos pacientes, serve para avaliar a presença de qualquer tipo de lesão oral assim como, para a avaliação correcta das necessidades, desejos e capacidades do paciente, que permite eliminar preconceitos e estereótipos incorrectos sobre os idosos¹¹¹. Sabemos que as lesões orais como sejam leucoplasias e cancro oral, são mais prevalentes nos idosos^{121,122} daí a importância desta avaliação regular da cavidade oral do idoso.

Sabemos que 95% dos cancros aparecem em indivíduos de mais de 40 anos sendo que, 44% dos cancros surge em indivíduos com mais de 65 anos e estes só representam 13% da população.

O diagnóstico precoce é a chave do controle do cancro, assim como o controle de outros factores de risco como sejam: tabaco, álcool, lesões crónicas, etc...¹²³

Muitos profissionais subestimam a utilidade de exames de triagem e muitos pacientes subestimam a sua esperança de vida.

Num estudo piloto realizado a dentistas generalistas nos EUA por Yellowtitz e Horowitz, 2/3 dos dentistas não palpava os nós linfáticos, 1/3 não fazia exames de cancro oral e 41% não fazia este exame nas visitas de rotina¹²⁴.

Devemos sistematizar os procedimentos de avaliação do cancro oral para facilitar e estimular a sua utilização.

O diagnóstico precoce e a pronta intervenção podem salvar muitas vidas e reduzir a morbilidade que o cancro oral provoca anualmente.

7 - A avaliação da saúde oral do paciente deve sempre avaliar as suas capacidades para realizar higiene diária¹¹¹.

A assistência no lar limita-se aos cuidados de higiene oral diários e a profilaxia e manutenção do estado periodontal pela higienista¹¹².

Ao realizar os cuidados ou a supervisionar estes o pessoal auxiliar pode rapidamente aperceber-se de dificuldades a comer, dor, doença oral, úlceras e lesões que os residentes sofram.

Com instrução e motivação intensivas em higiene oral e revisões 2-4 vezes ao ano incluindo aplicações tópicas de flúor, pacientes idosos que no início tinham mau estado dentário e periodontal demonstraram capacidade de manter pilares de sobredentadura durante 5 anos¹²⁵.

Um programa com sucesso tinha um plano diário de acção, auxiliar dentário, treino e instrumentos disponíveis e higienista supervisionando directa e indirectamente o programa¹²⁶.

A sugestão de uma auxiliar dentária no programa foi vista como positiva por 75% do pessoal auxiliar¹²⁷.

Na prevenção das cáries

Temos dados de alguns estudos, que nos indicam que as cáries coronais e radiculares têm grande prevalência no idoso e que estes têm maior incidência de cárie do que as crianças que residem nas mesmas áreas¹²⁸.

Como tal, devemos avaliar o risco e tomar medidas de controle de placa (instrução de escovagem, flúor, clorhexidina), estimulação de saliva, conselhos de dieta.

Podemos também, intervir por meios químicos como sejam: o Flúor, Clorhexidina e o Xilitol.

Sabemos que o Flúor inibe a cárie e promove a remineralização^{46,129,130}. E que o flúor é considerado a pedra angular da prevenção da cárie radicular¹³¹. Está comprovada a eficácia da aplicação de doses baixas de grande frequência¹²⁹. O efeito anti-cárie do fluoreto de sódio 0,243% está de tal modo estabelecido que serve de medida padrão para avaliar a eficácia dos novos produtos⁸.

O Fluoreto de Sódio em concentrações de 0,025%; 0,2% ; 1% foi considerado eficaz a inibir a cárie e a promover a remineralização¹³². Bochechar com 0,05% de fluoreto de sódio reduz incidência de cárie¹³³.

Num estudo comparando a aplicação de vernizes 5% de fluoreto de sódio 3-4 vezes ao ano, 0,4% de gel fluoreto de estanho 3-4 vezes ao ano e bochechos 0,05% fluoreto de sódio não foram encontradas diferenças de incidência de cárie¹³⁴. Aplicação de gel de 1% de fluoreto de sódio ou 0,4% de fluoreto estanhoso o efeito é equivalente¹³⁵.

Diversos estudos confirmam o efeito cariostático dos dentífricos com flúor demonstrando não haver grandes diferenças entre os diferentes tipos de flúor ^{136, 137}. Não há diferenças significativas entre a eficácia dos diferentes tipos de flúor quando utilizados nas concentrações que são recomendadas⁸.

Flúor tópico (gel, dentífrico, bochechos) é a forma mais indicada de administração de Flúor nos idosos¹¹³.

O Digluconato de clorhexidina também é eficaz na prevenção da cárie¹³⁸ e quando necessário pode ser administrado em associação com Flúor. O digluconato de Clorhexidina demonstrou ter grande substantividade, ser eficaz na inibição da placa bacteriana e redução da gengivite quando utilizado nas doses recomendadas^{1,29,54,139}.

Xilitol 1% reduz riscos de cárie radicular¹⁴⁰ e estabiliza e cessa o desenvolvimento de cáries em jovens¹⁴¹, pode ser eficaz na redução da placa, sua virulência e acidez.

A remoção mecânica é a base da boa higien⁸.

Como tal, qualquer intervenção química por mais eficaz que seja deve estar sempre associada à remoção mecânica da placa - Escovagem. A remoção mecânica da placa bacteriana depende mais da capacidade neuromusculares e cognitivas, bem como da motivação para a escovagem, do que da técnica de escovagem.

Devemos mudar a forma da escova sempre que for necessário de maneira a adequar às necessidades do paciente¹⁴², de modo a facilitar a remoção mecânica da placa.

Doença periodontal

A prevalência da doença periodontal aumenta com a idade mas a gravidade não¹⁴³.

As formas ligeiras de gengivite e bolsas de pequena profundidade afectam a quase totalidade dos idosos. No entanto, tartarectomias e tratamentos periodontais de rotina resolvem a maioria dos problemas desta população⁷. Sendo que podem estes ser realizados pela higienista². Ao controle frequente dos idosos pelo dentista foi associado a menor prevalência de cálculos e bolsas de > 6 mm¹⁴⁴.

Para a população idosa a prevalência de bolsas superiores a 4 mm, é maior nos lares do que na comunidade¹⁴⁵.

Saliva

Medidas que podemos e devemos implementar no plano diário de higiene oral contra os efeitos da xerostomia:

mastigar chiclete e/ou chupar rebuçados sem açúcar e/ou com xilitol.

beber pequenos goles de água frequentemente.

chupar cubos de gelo.

saliva artificial.

medidas agressivas (Plano de escovagem, aplicações de flúor e clorhexidina).

Próteses

Quanto às próteses, sabemos que o sucesso das próteses parciais não têm haver tanto com o seu desenho, mas com a capacidade de manutenção da higiene do paciente⁶.

As próteses devem ser retiradas sempre pelo menos um período do dia de preferência à noite. Após cada refeição devem ser correctamente escovadas, escovagem essa que deve ser supervisionada pela auxiliar dentária ou realizada por esta para os residentes que não tenham capacidade de a realizar.

A existência de um sistema de visitas e manutenção eficaz, que valorize a prevenção e manutenção da saúde oral, é fundamental para o êxito a longo prazo de toda a prática dentária¹⁴⁶.

8 - A falta de programas origina uma total ausência de planos de tratamento, de prevenção, de controle das doenças e disfunções orais nos cuidados de saúde dos idosos.

Sabemos que as necessidades de tratamento dependem das suas percepções, capacidades financeiras e não tanto das necessidades encontradas⁷. Devemos ter em conta as possíveis barreiras ao tratamento dentário: estado funcional, estado médico, transporte, finanças, padrões anteriores de utilização dos serviços dentários, percepção do estado dentário, educação e atitudes dos cuidadores, acesso ao equipamento dentário necessário, etc.

A maior barreira ao tratamento é a sua falta de necessidades sentidas. Como tal devemos atacar estas atitudes e não atacar o paciente por falta de interesse. Quanto as atitudes devemos ter sempre presente que mais do que a idade, escolaridade e capacidades financeiras, o que conta perante as necessidades tratamento sentidas é o facto de ter ou não dentes. Portanto será interessante desenvolver planos de tratamento dicotómicos para dentados e edêntulos¹¹¹.

Devemos não só avaliar os riscos, custos e benefícios do tratamento, como também a capacidade de manutenção dos tratamentos⁷.

Aliás, Erickson defende que os programas devem ser adaptados às capacidades do indivíduo ou população alvo⁸.

Portanto, os esforços devem centrar-se na manutenção e prevenção da saúde oral.

O plano de cuidados interdisciplinar elaborado pela equipa que realiza os cuidados de saúde dos idosos, consegue obter melhores resultados médicos. Este plano deve incluir tratamentos e cuidados diários de higiene oral. As tartarectomias e tratamentos periodontais de rotina, que podem ser realizados pela higienista e resolveriam a maioria dos problemas periodontais desta população⁷. Acertos de

próteses, impressões para rebasamentos e pequenos consertos de próteses podem também ser realizados na residência.

No entanto, pensar em realizar mais tratamentos que esses no lar só será possível se alguma entidade disponibilizar uma cadeira portátil. De qualquer forma antes de pensarmos na reabilitação temos de avaliar a capacidade dos pacientes em manter uma boa higiene oral, para compensar o investimento na reabilitação e saber se há verbas para tal¹¹².

Nos cuidados relativamente à prótese, esta deve ser retirada pelo menos uma vez ao dia, de preferência à noite, sendo que o responsável pela higiene oral pode aproveitar esta altura para proceder a limpeza das próteses. A limpeza da prótese deve ser feita com uma escova e sabão. Devemos avaliar a presença de lesões orais para prevenir o aparecimento do ciclo irritação, mastigação dolorosa, nutrição insuficiente, irritação crescente dos tecidos.

Embora seja discutível, é aceite que a perda de dentes não obriga necessariamente a sua reposição

Kayser. propôs o conceito de arcada dentária encurtada de pré-molar a pré-molar⁶.

Este conceito foi adoptado pela OMS para populações com grande prevalência de perdas dentárias e foi o que seguimos para esta população quanto ao parâmetro para atribuir a necessidade de prótese ou não.

Os dentes naturais têm diferentes funções como sejam mastigar, deglutir, ajudar na fala e estética. Quanto à mastigação, sabemos que a perda de capacidade mastigatória influi mais na qualidade de vida do que na nutrição e que as relações sociais também podem ser prejudicadas por falta de dentes

Devemos avaliar a esperança de vida, as capacidades físicas, funcionais, cognitivas do paciente, pois devemos ter em conta a capacidade de manutenção da higiene oral e os desejos, prioridades e percepções que o paciente têm em relação à saúde oral.

A decisão de tipo de tratamento deve pertencer ao paciente. No entanto a escolha do tratamento está limitada ao âmbito do programa.

O dentista deve dar conselhos de como usar a prótese⁶.

A invalidez protética deve prevenir-se por uma reabilitação protética¹¹³.

10 - Na avaliação de programas preventivos, há necessidade de reforço e avaliação sistemática do programa¹¹⁶.

11 - Como é óbvio, a abrangência do programa depende das verbas e materiais disponíveis. Logo, é de crucial importância a pré-definição dos custos para servir de base ao plano diário de higiene e ao plano interdisciplinar de tratamento.

VIII - RESUMO

Nas últimas décadas do Século XX, assistimos a um crescimento da população de mais de 65 anos na população total, tendo sido mesmo o grupo populacional com maior crescimento na última década.

A este crescimento populacional estão associadas mudanças políticas, sócio-económicas e da área da saúde, que puseram esta população no centro das atenções de diversos órgãos e instituições, quer a nível nacional quer a nível internacional. Diversos estudos indicam que a população institucionalizada é das mais marginalizadas e das mais carenciadas em termos de cuidados de saúde.

Esta população é caracterizada por uma grande prevalência de situações crónicas e grande consumo de medicamentos, mas também uma maior retenção de peças dentárias, criando neste grupo populacional um aumento exponencial das necessidades de tratamento dentárias.

Torna-se óbvia portanto, a razão de existirem neste momento diversos programas de promoção e prevenção em diversas áreas da saúde para este grupo populacional, no entanto a saúde oral também aqui tem sido marginalizada.

Pelo que foi dito, rapidamente podemos perceber o interesse que a realização de um levantamento das necessidades em saúde oral e da elaboração de um programa em saúde oral possam ter para este grupo populacional.

Neste estudo, observamos um total de 245 idosos de 6 instituições para a Terceira Idade do concelho de Vila Nova de Gaia.

Esta população constitui uma amostra de conveniência, visto que só os indivíduos que eram cognitivamente capazes de responder ao inquérito e que voluntariamente o quiseram fazer, foram examinados.

Os objectivos deste estudo foram realizar um levantamento das necessidades de saúde oral e elaboração de um programa para solucionar essas necessidades na população idosa institucionalizada deste concelho.

Para atingir estes objectivos, realizamos um inquérito sobre os hábitos de higiene, percepções e necessidades sentidas por esta população em saúde oral. O levantamento também incluía uma avaliação das necessidades objectivas, através dos índices definidos pela OMS como sejam: CPO, CPITN e das necessidades protéticas, aos quais nós fizemos ligeiras adaptações de alguns critérios, para melhor servirem o preenchimento da ficha durante o levantamento.

Após termos recolhido os dados, estes foram tratados electronicamente num PC com o programa SPSS 8.0 segundo a orientação do departamento de Bioestatística da FMUP.

Com os resultados que obtivemos podemos concluir que:

- esta população tem má higiene.
- não tem formação nem educação em saúde oral.
- não sente necessidade de tratamento dentário, a maioria não vai ao dentista há mais de 5 anos.
- a maioria pensa que o dentista pode ajudar na saúde oral das pessoas em geral, mas julga não necessitar da sua ajuda.
- a maioria acha que os seus hábitos de higiene são correctos, embora não escovem os dentes diariamente.
- a maioria está satisfeita com a saúde oral, embora não tenha dentição funcional.

- o CPOD desta população foi de 26,01 sendo evidente o grande peso dos dentes perdidos 22,67 e o peso dos dentes cariados de 2,86 assim como a insignificância dos obturados com 0,48.

- a totalidade dos indivíduos com dentes necessita de algum tipo de tratamento periodontal, embora somente 8 indivíduos necessitem de tratamento periodontal complexo, sendo que a maioria dos indivíduos necessita de tratamento simples que poderá ser realizado pela higienista.

- a maioria da população necessita por motivos funcionais e/ou estéticos, de algum tipo de reabilitação protética

Destas conclusões podemos rapidamente avaliar a urgente necessidade de um programa de promoção e educação em saúde oral para esta população.

A elaboração do programa baseou-se no Manual para Desenvolver Programas de Saúde Oral em Lares, da Sociedade Americana de Gerodontologia (American Society of Geriatric Dentistry) e seguiu as linhas de orientação que esta sociedade propõe para programas em saúde oral nos lares.

Os objectivos e metas do programa foram:

1- Educação, promoção, motivação e formação para a saúde oral junto de e consoante os pré-requisitos dos formandos:

- a)Pessoal Administrativo.
- b)Corpo Médico/Enfermeiro.
- c)Pessoal Auxiliar.
- d)Cozinheiras/ Nutricionistas.
- e)Assistente Social.
- f)Auxiliar Dentário.
- g)Residentes no lar.

2 - Formação sobre alimentação e saúde oral.

3 - Levantamento da Saúde oral no lar e para cada indivíduo. (já está realizado)

4 - Elaboração de uma ficha dentária individual para cada paciente.

5 - Desenvolver protocolo para resolver as situações de emergência em 24-36 horas.

6 - Exame oral dos novos residentes e exame anual de todos.

7 - Elaboração de um programa de Saúde oral diário para cada indivíduo consoante as suas necessidades.

8 - Plano interdisciplinar para o tratamento de cada paciente.

9 - Equipamento dentário consoante o âmbito e abrangência do programa.

10 - Elaboração e definição dos métodos para avaliar a qualidade e progressos do programa.

11 - Elaboração de plano financeiro.

Os objectivos devem ser realizados de forma faseada, conforme a evolução do programa, recursos financeiros, colaboração e adesão dos residentes e pessoal auxiliar ao programa. Este deve sofrer modificações conforme as necessidades ditadas pela avaliação e controles regulares a que deverá ser submetido.

Este trabalho surgiu naturalmente, como fruto de uma necessidade sentida directa e indirectamente por todos que convivem ou estão relacionados com os

residentes e prestadores de cuidados nos lares, com o fim de resolver as necessidades em saúde oral da população institucionalizada deste concelho, sendo nossa convicção e esperança que este trabalho venha a ter a utilidade para que foi realizado e possa servir de motor para que outros colegas se interessem por esta área.

Espero que mais projectos e iniciativas venham a surgir nesta área, nos próximos tempos, pois são uma necessidade!

SUMMARY

On the last decades of XX century, we have seen a growth on the population over 65 years old, being the population group with the biggest growth on the last decade.

To this population growth is associated the political, socio-economical as well as health changes, that have thrown this population group on focus of several organisations and institutions, at national and international level. Also several studies indicate that the institutionalised population is one of the most marginalized and in need in terms of health care.

This population is made up of a high prevalence of chronic diseases, great consumption of medicaments, but growing also in teeth retention, creating in them an exponential growth of dental treatment needs.

So, it is clear why there are, at the moment so many programs of promotion and prevention in the different fields of health for this population group. Nevertheless the oral health has been marginalized.

For what has been said, we can easily understand the importance of a survey on oral health and the making of an oral health program for this population.

In this study, there have been observed 245 elderly people, of 6 institutions for the elderly people of Vila Nova de Gaia. This population is a convenience sample, once only individuals cognitively capable of answering the inquiry and willing to do so, were examined.

The goals of this study were to make a survey of Oral Health needs and a construction of a program to give the solution for these needs among the institutionalized elderly people of this area.

To achieve these goals, an inquiry was made about hygiene habits, perceptions and needs of oral health felt by this population, as well as a survey of objective needs, through defined indexes by WHO, such as DMF, CPITN and prosthetics needs. I have adapted some of the criterius of the indexes in order to ease the filling of the forms, during the survey.

After collecting the data, they were treated by computer with SPSS 8.0 program, according to guidance of the Biostatistics Department of the Faculty of Medicine at University of Porto.

With the results obtained, one can conclude the following:

- this population has a bad hygiene.
- They don't have either knowledge or education in Oral Health.
- They don't feel in need of dental treatment, the majority don't visit the dentist over 5 years.
- the majority thinks that the dentist can help in people's oral health, but they don't find that help is necessary.
- the majority finds their hygiene habits correct, although they don't brush the teeth on daily basis.
- the majority is happy with oral health, although they don't have functional dentition.
- the DMF index of this population was 26,01, showing the evidence of the strong importance of the "Missing" 22,67, and the "Decay" tooth of 2,86, as well as the non significance of the "Filled" tooth with 0,48.

- all individuals with teeth, need some kind of periodontal treatment but the majority of them, need simple treatment that can be performed by the hygienist and there are a few (only 8) individuals that need complex periodontal treatment
- The majority of population, needs for either functional or esthetic reasons, some kind of prosthetic rehabilitation.

From these conclusions, we can quickly evaluate the urgent need of a promotion and education program of oral health for this population.

The making of this program was based on the "Developing A Dental Program for the Nursing Facility: A Manual for Dental Office Staff" of American Society of Geriatric Dentistry, and followed the guidelines that this association proposes for oral health programs in nurseries.

The goals and targets of this program were:

- 1) Education, promotion, motivation and teaching of and for oral health among and according the specifications of the learners:
 - Administration staff
 - Medical, nurses corpus
 - Auxilliary staff
 - Cookers
 - Social Assistant
 - Dental Auxiliary
 - Elderly residents
- 1) Education on nutrition and oral health.
- 2) A survey of the oral health in nurseing homes and for each individual.
- 3) The making of a dental file for each patient.
- 4) The development of a protocol to solve emergency situations in 24-36 hours.
- 5) Oral examination of the new residents and annual examination of all residents.
- 6) The making of a program of oral health on daily basis for each individual according to his needs.
- 7) A multidisciplinary treatment plan for each patient.
- 8) The acquisition of dental equipment according to the scope and size of the program.
- 9) The organization and definition of methods to evaluate the quality and progresses of the program.
- 10) The making of a financial plan.

The goals must be achieved in steps according to the evolution of the program, financial resources, cooperation and willingness of the residents and staff to the program. It must be changed according to the needs given by the evaluation and regular control that it should be submitted to.

This work naturally happened, as a consequence of direct and indirect needs felt by all of those who deal and are related with the residents and people who help in nurseries, with the propose of solving the oral health needs of the institutionalized population of this council, and I am convinced and hopeful that this work will serve the propose for what it has been made and will encourage other colleagues with interest in this matter.

I sincerely hope that more projects and actions might emerge in this field in the near future, what would be most welcome.

IX-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) – INE-” As gerações mais idosas “-<http://www.ine.pt/prodserv/destaque/destaque.asp> .2000
- (2) – Rodriguez Baciero G, Goiriena de Gandarias FJ, Mallo Pérez L. “Periodontal Community Study”, “Pathology of Hard Dental Tissues: Study of Caries”, “Stomatological Protheses”, In: *Oral Health In The Elderly In Spain*, 1998.
- (3) - Global health situation and trends:Fifty facts from the *WHO report* 1998
- (4) – Yellowitz JA, Strayer MS. Geriatric Dental Care – In : O’Harris N, Garcia-Godoy F, eds. *Primary preventive dentistry*, 5th ed, Appleton &Lange; 21: 543-557.
- (5) - Kamen PR. Periodontal care. *Dental Clinics of North America* 1997; 41: 751-762
- (6) - Zwetckhenbaum SR,Shay K. Prosthodontic considerations for the older patient. *Dental Clinics of North America* 1997; 41: 817-845
- (7) - Ettinger RL. The Unique Oral Health Needs of an Aging Population. *Dental Clinics of North America* 1997; 41: 633-649
- (8) - Erickson L. Oral Health Promotion and Prevention for Older Adults. *Dental Clinics of North America* 1997; 41: 727-747
- (9) - Hand JS, Hunt RJ, Beck JD. Coronal and root caries in older Iowans:36month incidence. *Gerodontology* 1988; 4:136
- (10) - Weyant RJ, Jones JA, Hobbins M et al. Oral health status of long-term-care, veteran population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:227
- (11) – Shay K. Root Caries in The Older Patient, Significance, Prevention, and Treatment. *Dental Clinics of North America* 1997; 41: 763-793
- (12)- Silva MJRF.- " Contribuição para o estudo da prevalência e da gravidade de cáries radiculares na população portuguesa institucionalizada." – *Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor apresentada à F. M. D. U. P.* 1995.
- (13) -Johnson ET. Factors contributing to dentist’s extraction decisions in older adults. *Special Care Dent* 1993; 13: 195-9
- (14) - Fantasia JE. Diagnosis and treatment of common oral lesions found in the elderly. *Dental Clinics of North America* 1997; 41: 877-890
- (15) - Caplan DJ, Hunt RJ. Salivary flow and the risk of tooth lost in an elderly population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:68-71.
- (16) - Lundgren W, Emilson C, Ostemberg T. Caries prevalence and salivary and microbial conditions in 88-years-old Swedish dentate people. *Acta Odont Scand* 1996 ;54:193-199

- (17) - Shaffer WG, Hine MK, Levy BM. Alterações do desenvolvimento das estruturas bucais e para bucais. In: *Patologia Bucal*. Interamericana, 3ª edição, 1990, 1-70
- (18) - Stoller EP. Patterns of physician utilization by the elderly: A multivariate analysis. *Med Care* 1982; 20: 1080.
- (19) - Peterson JK. Xerostomia. *Scan J Rheumatol* 1986; 61 (suppl):185.
- (20) - Hegelson MJ, Smith BJ. Dental care in nursing homes: guide lines for mobile and on-site care. *Spec Care Dent* 1996; 16:153
- (21) - Fernandes JCAS.- " Necessidades Protéticas na População Portuguesa Institucionalizada. Contribuição para o seu estudo." – *Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor apresentada à FM DUP* 1995.
- (22) - Oral Health Surveys-Basic Methods, 4th Edition, *World Health Organization* 1997
- (23) - Kiyak HA, Grayston MN, Crinean CL. Oral health problems and needs of nursing home residents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 49-52.
- (24) - Padilha DMP, Souza MAL. Estado Dentário e Edêntulismo observados em dois grupos de idosos do Brasil e da Inglaterra. *Revista Odonto Ciência* 1997; 24:67-85
- (25) - Miyazaki H, Shirahama R, Ohtani I et al. Oral health conditions and denture treatment needs in institutionalized elderly in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20, nº5, 97-301
- (26) - Gilbert GH, Duncan RP, Crandall LA, Heft MW, Ringelberg ML. Attitudinal and behavioural characteristics of older Floridians with tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21:384-9.
- (27) - Fure S, Zickert I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:137-142.
- (28) - Angelillo IF, Sagiliocco G, Hendricks SJH, Villari P. Tooth loss and dental caries in institutionalized elderly in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18:216-218
- (29) - Gordon SR, McLain D. Dental needs related to primary cause for institutionalization. *Spec Care Dent* 1991; 11: 49
- (30) - Hanson BS, Liedberg B, Öwall B. Social network, social support and dental status in elderly Swedish men. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22:331-337.
- (31) - Bice TW, Rabin DL, Starfield BH et al. Economic class and use of physician services. *Med Care* 1973; 11:287
- (32) - Department of Health and Human Services: Health United States 1987: Utilization of Health Resources. PHS Pub No. 88-1232. Bethesda, MD, *National Center for Health Statistics* 1988.
- (33) - Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. *Am J Epidemiol* 1976; 104:1
- (34) - Marcus PA, Joshi A, Jones JA et al. Complete edentulism and denture use for elders in New England. *J Prosthet Dent*, 1996; 76:260.
- (35) - Downer MC. The improving dental health of United Kingdom adults and prospects for the future. *Br Dent J* 1991; 170: 154-158
- (36) - Stuck A, Chappuis C, Flury H et al. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17, nº5, 267-272.

- (37) – Garcia JCC, Baciero GR, Garcia MAM. Uso y necesidad de protesis en ancianos residentes en centros geriaticos de Vizcaya. *Rev Europea Odonto-Estomatol* 1992; 4(2): 105-110.
- (38)– Angellio IF, Saggiocco G, Hendricks SJ et al. Tooth loss and dental caries in institutionalized elderly in Italy. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990, 18(4): 216-218.
- (39) – MacEntee ML, Silver JG, Gibson G et al. Oral health in a long-term institution equipped with a dental service. *Community Dent Oral Epidemiol* 1985; 13:260-263.
- (40) – Lemasny J, Murphy E. Survey of the dental health and status of institutionalized elderly patients in Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; 12:39-42.
- (41)– Lehman H. Oral status in hospitalized geriatric patients. *Dan Dent J* 1980; 84: 218-225 (Abstr).
- (42)– Walker BN. Dental survey of nursing home residents in South Australia. *Aust Dent J* 1984; 29: 305-307 (Abstr.)
- (43) – Manderson RD, Ettinger RL. Dental status of the institutionalized elderly population of Edinburgh. *Community Dent Epidemiol* 1975; 3(3): 100-107.
- (44) – Jorge JJr, de Almeida OP, Bozzo L at al. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. . *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19:173-175.
- (45) – MacEntee MI, Scully C. Oral disorders and treatment implications in people over 75 years. . *Community Dent Oral Epidemiol* 1988; 16: 271-273.
- (46) – Ettinger RL, Anderson RD. Geriatric dental services and facilities in Edinburgh. *Modern Geriatrics* 1975; 5: 22-28 (Abstr).
- (47) – Rise J, Heløe LA. Oral conditions and need for dental treatment in an elderly population in northern Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978; 6: 6-11.
- (48) – Stockwell AJ. Survey of the oral health needs of institutionalized elderly patients in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 273-276.
- (49) – Kiyak HA, Grayston MN, Crinean CL. Oral health status and needs of nursing home residents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(1): 49-52.
- (50) –Grabowski M, Bertram U. Oral health status and need of dental treatment in the elderly Danish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1975; 3(3):108-114.
- (51) – Holmgren C. CPITN- Interpretations and limitations. *Int Dent J* 1994; 44: 533-546.
- (52) – Sicilia A, Cobo J, Noguerol B et al. Necesidad de tratamiento periodontal de la población escolar española. II Distribución intrabucal de los diferentes signos. *Av Odontoest* 1990; 6: 319-322.
- (53) – Menguel R, Koch H, Pfeiffer C et al. Periodontal Health of the population in Eastern Germany. *J Clin Periodontol* 1993; 20: 752-755.
- (54) – Plancak D, Aurer-Kozelj J. CPITN assessment of periodontal treatment needs in the population of Zagreb, Croatia. *Int Dent J* 1992; 42: 441-444.
- (55) - Hoad-Reddick G, Grant AA, Griffiths C. The search for an indicator of need for denture replacement in an edentulous elderly population. *Gerodontology* 1987;3:223-226.
- (56) - MacEntee MI, Stolar E, Glick N. Influence of age and gender on oral health and related behavior in an elderly population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 234-9.

- (57) – Branch LG, Antczak AA, Stason WB. Toward understanding the use of dental services by the elderly. *Spec Care Dent* 1986; 6:38.
- (58) – Berkey DB, Berg RG, Ettinger RL et al. Research review of oral health status and service use among institutionalized older adults in the United States and Canada. *Spec Care Dent* 1991; 11:131.
- (59) - Ettinger RL. Cohort differences among aging populations: A challenge for the dental profession. *Spec Care Dent* 1993; 13:19.
- (60)– Garcillán R. Situación actual de la patología bucodentaria de la tercera edad en España. Propuesta de un programa preventivo. Tesis Doctoral. Fac Medicina. Universidad Complutense de Madrid, 1989.
- (61) - Cortes EJ, Moreno C, Ardanaz E. Tooth loss and dental caries in an adult population in Navarra, Spain. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21: 172-173.
- (62) – Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32: 74-77.
- (63) – Caballero J, Rodríguez G, Martínez MA. Estado dental y necesidad de tratamiento en la población gerátrica institucionalizada de Vizcaya. *Rev Eur Odontoest* 1991; 3:57-64.
- (64)– Puigdollers A. Encuesta epidemiológica de la Salud Bucodental en las personas mayores de 65 años que viven institucionalizadas en Cataluña. Tesis Doctoral. Fac Odontología. Universidad de Barcelona, 1992.
- (65)– Miller AJ, Brunelle JH, Carlos JP et al. Oral Health of the United States adults: The National Survey of Oral Health in the US employed adults and seniors, 1985-1986: National findings, Epidemiology and Oral diseases prevention Program. National Institute of Dental Research, Bethesda, MD: US Dept of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health (NIH pub 87-2868), 1987.
- (66)– O’Mullane D, Welton H. caries prevalence in the Republic of Ireland. *Int Dent* 1994; 44: 387-91.
- (67) - Vbric V, Homan D, Zaurisnik B. Oral Health in Slovenia, Yugoslavia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 72-73.
- (68)– Tervonen T, Ainamo J. Constant proportion of decayed teeth in adults aged 25, 35, 50 and 65 years in a high caries area. *Caries Res* 1988; 22: 45-49.
- (69)– Salonen L, Allander L, Bratthal D et al. Oral Health status in an adult Swedish population. Prevalence of caries. *Swed Dent J* 1989; 13: 111-123.
- (70)– Bergman JD, Wright FAC, Hammond RH. The Oral Health of elderly in Melbourne. *Aust Dent J* 1991; 36: 280-285.
- (71)– Kuc MI, Hargreaves JH, Thompson GW et al. Dental Health status and treatment needs of elderly residents of Edmonton, Alberta. *J Can Dent Assoc* 1990; 56: 521-525.
- (72)– Manji J, Fejerskov O, Baelum V. Pattern of dental caries in an adult rural population. *Caries Res* 1989; 23: 55-62.
- (73)– Pereira A, editor: Epidemiologia da Cárie Dentária: Conceitos Básicos e Metodologia. In: *Cáries Dentárias: Etiologia, Epidemiologia e Prevenção*. Porto: Medisa, 1993; 113-142.
- (74) – Fure S, Zickert I. Root surface caries and associated factors. *Scand J Dent Res (Abstr)* 1990; 98: 391-400.

- (75) – Hellyer PH, Beighton D, Heath MR, et al: Root caries in older people attending a general practice in East Sussex. *Br Dent J* 1990; 169: 201-206.
- (76) – Kocjan-Anzic M, Skaleric U. Gingival recession, root caries and its prevalence. *Zobozdrav-Vestn (Abstr)* 1989; 44: 101-105.
- (77) – Beck J. The epidemiology of root surface caries. *J Dent Res* 1990; 69: 1216-1221.
- (78) – Kiyat HA, Grayston MN, Crinean CL. Oral health problems and needs of nursing home residents. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(1): 49-52.
- (79) – McDermott RE, Hoover JN, Komiyama K. Root surface caries prevalence and associated factors among adult patients in an acute care hospital. *J Can Dent Assoc* 1991; 57: 505-508.
- (80) – Tobias B, Smith JM. Barriers to dental care and associated oral status and treatment needs, in an elderly population living in sheltered accommodation in West Essex. *Br Dent J* 1987; 163: 293-295.
- (81) – Roggia S, Migliaro M, Peira G et al. Osservazioni clinico statistiche su 156 pazienti anziani ricoverati. *Il Dentista Moderno* 1989; 3: 551-562.
- (82) – Caballero J, Rodríguez G, Martínez MA. Estado dental y necesidad de tratamiento en la población geriátrica institucionalizada de Vizcaya. *Rev Eur Odontoest* 1991; 3: 57-64.
- (83) – Cortés F, Ardanaz E, Moreno C. La salud oral de los adultos de 65-74 años de Navarra. *Arch Odontoest Prev y Com* 1992; 4: 51-60.
- (84) – Puigdollers A, Jové LL, Cuenca E. Encuesta epidemiológica de la Salud Bucodental en la población geriátrica institucionalizada catalana. 1ª parte: Higiene Oral y condición periodontal. *Arch Odontoest* 1993; 9: 687-696.
- (85) – Menguel R, Koch H, Pfeiffer C et al. Periodontal Health of the population in Eastern Germany. *J Clin Periodontol* 1993; 20: 752-755.
- (86) – Plancak D, Aurer-Kozelj J. CPITN assessment of periodontal treatment needs in the population of Zagreb, Croatia. *Int Dent J* 1992; 42: 441-444.
- (87) – Vigild M. Oral hygiene and periodontal conditions among 202 dentate institutionalized elderly. *Gerodontology* 1998; 4: 140-145.
- (88) – Maity AK, Banerjee KL, Pal TK. Low levels of destructive periodontal disease in a rural population in West Bengal, India. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 60-61.
- (89) – Vrbic v, Homan D, Zaurisnik B. Oral Health in Slovenia, Yugoslavia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19: 72-73.
- (90) – Powell RN, Mcintery TM. The Brisbane statistical division survey of adult Dental Health. *Aus Dent J* 1988; 33: 218-323.
- (91) – Velasco E, Bullón P, Martínez J et al. Salud Oral en una población geropsiquiátrica institucionalizada. *Arch Odontoest* 1994; 10: 633-640.
- (92) – Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Estudio epidemiológico sobre las necesidades de atención bucodental en la población española. *Rev Act Odontoest Esp (monografía)* 1995.

- (93) - Loh T, Ow RKK, Neo J, Khoo J, Lim LP. Tooth loss and coronal caries of elderly residents in Singapore. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:300-1
- (94) - Arenal AA, Riesgo JAA, Iglesias MAR, Vazquez JPF, Vigil MAV. Caries dental en la poblacion adulta de la ciudad de Oviedo. *Revista Euro Odont-Estom* 1995; 4:1:37-44.
- (95) - Schwalm CA, Smith DE, Erickson JD: A clinical study of patients 1 to 2 years after placement of removable partial dentures. *J Prosthet Dent* 1977 ;38:380
- (96) - Berkey DB, Berg RG, Ettinger RL, Meskin LH. Research review of oral health status and service use among institutionalized older adults in the U.S. and Canada. *Spec Care Dentist* 1991; 11: 131-136
- (97) - Rise J, Heløe AL. Oral conditions and need for dental treatment in an elderly population in Northern Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 1978; 6:6-11.
- (98) - Hunt RJ, Field HM, Beck JD. The prevalence of periodontal conditions in a non-institutionalized elderly population. *Gerodontology* 1985; 1(4):176.
- (99) - Slade GD, Spencer AJ. Periodontal attachment loss among adults aged 60+ in South Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23:237-42.
- (100) - Powell LV, Leroux BG, Persson RE, Kiyak HA. Factors associated with caries incidence in an elderly population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26:170-176.
- (101) - Weyant R J, Jones J A, Hobbins M, Niessen L C, Adelson R, Rhyne R R. oral health status of a long term care, veteran population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993. 21: 227-33.
- (102) - Garcia JC, Baciero GR, Garcia MAM. Estado dental y necesidad de tratamiento en la poblacion geriátrica institucionalizada de Vizcaya. *Revista Euro Odont-Estom* 1995; 4:1:57-64. 1995
- (103) - Öwall B., "Epidemiología Protésica"; In: Käyser A. F., Carlsson G. E., Mosby - *Odontología Protésica: Principios y Estrategias Terapéuticas* 1990
- (104) - Johnson TE, Shuman SK, Ofstehage JC. Fitting the pieces together-Treatment planning in geriatric dental patient; *Dental Clinics of North America* 1997; 41: 945-959
- (105) - Renner R. Asistencia de mantenimiento posterior al tratamiento. *Odontología protésica: principios y estrategias terapéuticas*. 161-177.
- (106) - Strayer M. Oral health care for homebound and institutional elderly. *CDA Journal* 1999; 27 N9; 702-715.
- (107) - Gift H, Cherry-Peppers G, Oldakows H. Oral health care in US nursing homes, 1995. *Spec Care Dent* 1998;18:226-33.
- (108) - Helgeson M, Smith B, Dental care in nursing homes: Guidelines for mobile and on-site care *Spec Care Dent* 1996;16: 153-64.
- (109) - Strayer MS, Branch L et al. Predictor of the use of dental care services by older veterans. *Spec Care Dent* 1988; 8(5):209-13
- (110) - Kiyak HA, Milgrom P, et al. Dentists' attitudes toward and knowledge of the elderly. *J Dent Educ* 1982;46:266-73
- (111) - Reynolds MW. Education for geriatric oral health promotion. *Spec Care Dentist* 1997;17 N1

- (112) – Saunders MJ, Martin WE, Domangue C. Developing a Dental Program for the Nursing Facility: A Manual for Dental Office Staff. Copyright 1993, by American Society for Geriatric Dentistry & UTHSCSA.
- (113) – Velasco E, Machuca G, Sahuquillo AM, Rios V, Bullon P. Odontología Preventiva en el Paciente Geriátrico. Universidad de Sevilla- Facultad de Odontología, *Revista Europea de Odontología Estomatología*, Vol. VII – Nº3 Mayo-Junio 1995; 139-144.
- (114) - Persson R, Truelove E, Le Resche L et al. Therapeutics effects of daily or weekly chlorhexidine rinsing on oral health of a geriatric population. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991. 72:184-191.
- (115) – Yellowitz JA. Providing oral cancer examinations for older adults. *CDA Journal* 1999; 27 N9; 716-727.
- (116) - Baat C, Kalk W, Schuil GRE. The effectiveness of oral hygiene programmes for elderly people - a review. *Gerodontology* 1993;10:109
- (117) - Perenack RM. Reader's reactions: Not all institutionalized dental care has remained static. *Am J Ment Retard* 1995;100:213.
- (118) - Hand JS, Hunt RJ, Beck JD. Coronal and root caries in older Iowans: 36-month incidence. *Gerodontics* 1988;4:136.
- (119) - Klein SP, Bohannon HM, Bell RM et al. The cost and effectiveness of school-based preventive dental care. *Am J Public Health* 1985;75:382.
- (120) - Weyant RJ, Jones JA, Hobbins M et al. Oral health status of a long-term-care, veteran population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:227.
- (121) - Bouquot J. Common oral lesions found during a mass screening examination. *J Am Dent Assoc.* 1986. 112: 50-57.
- (122) - American Cancer Society. Cancer Facts and Figures. New York. *Am Cancer Society.* 1987.
- (123) - Silverman S. Epidemiology. In: Silverman S (ed): Oral Cancer. Atlanta, American Cancer Society, 1990, p1
- (124) -Yellowitz JA, Horowitz AM, et al. Knowledge, opinions, and practice of general dentists regarding oral cancer: a pilot survey. *J Am Dent Assoc* 1998;129(5):579-83
- (125) - Budtz-Jørgensen E. Prognosis of overdenture abutments in elderly patients with controlled oral hygiene: A five year study. *J Oral Rehabil* 1995;22:3.
- (126) - Hegelson M J, Smith B J. Dental care in nursing homes: Guidelines for Mobile and onsite care. *Spec Care Dent* 1996;16:153
- (127) - Chambers JM, Levy SM, Buckwalter KC et al. Factors influencing nurses' aides provision of oral care for nursing home residents. *Spec Care Dent* 1996;16:71.
- (128) - Hand JS, Hunt RJ, Beck JD. Coronal and root caries in older Iowans: 36-month incidence. *Gerodontics* 1988;4:136.
- (129) - Bowen WH. Caries prevention - fluoride: Reaction paper. *Adv Dent Res* 1991;5:46
- (130) - Vigil M. Dental caries and the need for treatment among institutionalized elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;17, nº2,102-105.

- (131) - Billings RJ, Banting DW. Future directions for root caries research. *Gerodontology* 1993;10:114.
- (132) - Almqvist H, Lagerlöf F. Effect of intermittent delivery of fluoride to solution on root hard-tissue de- and remineralization measured by I absorptiometry. *J Dent Res* 1993;72:1593
- (133) -Wallace MC, Retief DH, Bradley EL. the 48-month increment of root caries in an urban population of older adults participating in preventive dental program. *J Public Health Dent* 1993;53:133
- (134) - Raval N, Birkhed D. Prediction of root caries in periodontally treated patients maintained with different fluoride programs. *Caries Res* 1992;26:450.
- (135) -Banting DW, Courtwright PN. Distribution and Natural history of carious lesions on the roots of teeth. *J Can Dent Assoc* 1975;41:45
- (136) -Murray JJ, Rugg-Gunn AJ, editors:Fluorides in Caries Prevention. Bristol :John Wright and Sons, 1982: 143-156.
- (137) - Ekstrand J, Fejerskov O, Silverstone LM, editors: *Fluoride in Dentistry*. Copenhagen : Munksgaard 1988: 87-96
- (138) - Schaeken M, Keltjens H, van der Hoeven J. Effects of fluoride and chlorhexidine on the microflora of dental root surfaces and progression of root-surface caries. *J Dent Res* 1991. 70: 150-153.
- (139) - Adams D, Addy M: Mouthrinses. *Adv Dent Res* 1994;8:291
- (140) - Märinken KK, Pemberton D, Märinken PL et al. Polyol-combinant salivary stimulants and oral health in Veterans Affairs patients - an exploratory study. *Spec Care Dent* 1996;16: 104
- (141) - McGuire S. A review of the impact of fluoride on adult caries. *J Clin Dent* 1993 ;4: 11
- (142) - Bratel J, Berggren V. Long-term oral effects of manual or electric toothbrushes used by mentally handicapped adults. *Clin Prev Dent* 1991. 13: 5-7.
- (143) - Brown LJ, Brunelle JA, Kingman A. Periodontal status in the United States, 1988-91: Prevalence, extent, and demographic variation. *J Dent Res* 1996;75 (spec iss): 672.
- (144) - Beck J, Lainson P, Field H et al. Risk factors for various levels of periodontal disease and treatment needs in Iowa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1988;16:83.
- (145) - Persson RE, Persson GR, Odont D et al. Periodontal conditions in medically compromised elderly subjects: assessments of treatment needs. *Spec Care Dent* 1994;14:9.
- (146) - Wilentz J, Adelson R, Kleinman D, Badinelli J. A plan for oral health research in aging: a collaborative project of the National Institute on Aging, the National Institute of Dental Research and the Veterans Administration. *Gerodontology* 1986. 2: 208-211.

X - ANEXOS

ID(1) (3) EX (4) O/D (5) DIA (7) MÊS (9)

Identificação

Nome _____

Idade ----- (10)

- 1 - 65-69
- 2- 70-74
- 3- 75-79
- 4- 80-84
- 5- > 85
- 9- Não registado

Sexo ----- (11)

- 1- F
- 2- M
- 9- Não registado

Escolaridade----- (12)

- 1- ≥ 4 anos
- 2 - < 4 anos
- 3 - Sem escolaridade
- 9 - Não registado

Há quantos anos está no lar?----- (13)

- 1- ≤ 1 ano
- 2- 1 – 5 anos
- 3- 6 – 10 anos
- 4- 11 – 15 anos
- 5- > 15 anos
- 6- Não registado

Pacientes desdentado

(14) Sup Inf (15)

--	--

- 0-Total sem prótese
- 1-Total com prótese portador
- 2-Total com prótese não portador
- 3-Parcial sem prótese
- 4-Parcial com prótese portador
- 5-Parcial com prótese não portador
- 6-Com todos os dentes
- 9-Não registado

Hábitos de higiene dos pacientes com dentes

Quantas vezes escova os dentes por dia ----- (16)

- 1- 0
- 2- 1
- 3- ≥ 2
- 9-não registado

Porque não escova os dentes?------(17) ☐

- 1- não sente necessidade
- 2- Tem falta de destreza manual
- 3- Falta de meios mecânicos
- 4- Falta de apoio de auxiliares ou familiares
- 9- Não registado

Usa pasta dos dentes?------(18) ☐

- 1- Sim
- 1- Não
- 2- Não registado

Bochecha com alguma solução?------(19) ☐

- 1- Sim Qual ? _____
- 2- Não
- 9- Não registado

Fio dentário, sabe o que é ? ------(20) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Sempre teve os mesmos hábitos de higiene ao longo da sua vida ?----- (21) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Não usa prótese, porque? ----- (22) ☐

- 1- Não sentem necessidade
- 2- Não tem recursos económicos
- 3- Não tem facilidade de se deslocarem ao médico
- 4- Não conseguem usar
- 9- Não registado

Há quanto tempo tem esta prótese ?------(23) ☐

- 1- < 2 anos
- 2- 2-5 anos
- 3- 6-10 anos
- 4- >10 anos
- 9- Não registado

Hábitos de higiene dos portadores de próteses

Quantas vezes escova prótese por dia?----- (24) ☐

- 1- 0
- 2- 1
- 3- 2
- 4- ≥ 3
- 9- Não registado

O que usa para escovar prótese?----- (25) ☐

- 1- Escova de dentes
- 2- Outro meio (com as mãos)
- 9- Não registado

O que usa para lavar prótese?----- (26) ☐

- 1- Água
- 2- Sabão
- 3- Dentífrico
- 9- Não registado

Considera a escovagem importante?----- (27) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Considera que higieniza correctamente a sua prótese /dentes?----- (28) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Acha que deveria haver na instituição alguém que o/a ajudasse na higiene dos

dentes / prótese? ----- (29) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Acha que se conseguia adaptar a uma prótese ?----- (30) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Grau de satisfação com as condições dos seus dentes ou próteses

Satisfeito com as condições gerais da cavidade oral?----- (31) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Satisfeito com a mastigação?----- (32) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Não registado

Satisfeito com a aparência dos dentes e/ou prótese? ----- (33) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Consegue falar sem dificuldade com as próteses?----- (34) ☐

- 1- Sim
- 2- Não

9- Não registado

Quando foi a última vez que visitou o Médico Dentista ?-----(35) ☐

- 1- Há um ano
- 2- Há dois anos
- 3- Há três anos
- 4- Há cinco anos
- 5- Há mais de cinco anos
- 6- Excluído(nunca foi)
- 9- Não registado

Porque visita o médico dentista?-----(36) ☐

- 1- Rotina
- 2- Só quando tem dor
- 3- Extracção
- 4- Prótese
- 5- Destartarizar
- 6- Não visita nunca
- 7- Outros
- 9- Não registado

Não visita regularmente o médico dentista, porquê?----- (37) ☐

- 1- Não precisa
- 2- Não tem recursos económicos
- 3- Não pode deslocar-se
- 4- Outros (medo)
- 9- Não registado

Independentemente do que fizer acaba sempre por perder os dentes? - ----- (38) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Aceitava que o médico dentista o tratasse nesta instituição?----- (39) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Se pudesse ir ao Dentista neste momento, o que pedia para ele lhe fazer?----- (40) ☐

- 1- Extrair um dente
- 2- Destartarizar
- 3- Tratar um dente
- 4- Novas próteses
- 5- Observação
- 6- Outra (nada)
- 9- Não registado

Acha que o dentista o/a pode ajudar na saúde oral?-----(41) ☐

- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Não registado

Estado de saúde dentário
Índice CPO

18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
(42)	(43)	(44)	(45)	(46)	(47)	(48)	(49)		(50)	(51)	(52)	(53)	(54)	(55)	(56)	(57)
(58)	(59)	(60)	(61)	(62)	(63)	(64)	(65)		(66)	(67)	(68)	(69)	(70)	(71)	(72)	(73)
(74)	(75)	(76)	(77)	(78)	(79)	(80)	(81)		(82)	(83)	(84)	(85)	(86)	(87)	(88)	(89)
(90)	(91)	(92)	(93)	(94)	(95)	(96)	(97)		(98)	(99)	(100)	(101)	(102)	(103)	(104)	(105)
(106)	(107)	(108)	(109)	(110)	(111)	(112)	(113)		(114)	(115)	(116)	(117)	(118)	(119)	(120)	(121)
(122)	(123)	(124)	(125)	(126)	(127)	(128)	(129)		(130)	(131)	(132)	(133)	(134)	(135)	(136)	(137)
48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38

COROA

0-são
1-cariado
2-obturado
3-perdido por cárie
4-extração indicada
5-excluído ou
perdido por outro motivo
9-não registado

RAIZ

0-são
1-cariado
2-obturado
3-perdido por cárie
4-extração
5-excluído
9- Não registado

TRATAMENTO

0-Não necessita tratamento
1-obturação
2-TER
3-extra o
9-Não registado

CPITN

17	16	11	26	27
47	46	31	36	37

0-são
1-hemorragia   sondagem
2-c culos supra-subgengivais
3-bolsas de 3,5-5,5mm
4-bolsas  6mm
5-excluído
9-Não registado

Necessidade de prótese

(138) Sup Inf (139)

--	--

1- Sem necessidade
2- Necessita de conserto
3- Necessita de PPR
4- Necessita de PT
9- Não registado

Avalia o real das condições da prótese:----- (140) ☐

1- Com retenção, estabilidade, controlo muscular.
2- Sem retenção e/ou estabilidade e/ ou controlo muscular.
9- Não registado

PORTO, 06 DE NOVEMBRO DE 1999

Exma.Sra.Directora do
Lar de Santa Isabel

Nós, ADOLFO SEVERIANO MAGALHÃES e SANDRA GAVINHA, Médicos Dentistas , Alunos do mestrado de Saúde Oral Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto,vimos por este meio, pedir autorização a V^a.Ex^a., para realizar um inquérito e levantamento do estado da saúde oral da população deste lar. Sendo que, este último, está enquadrado num trabalho mais alargado e que abrange a população Sénior institucionalizada do Concelho de Gaia.

Desde de já, queremos agradecer a urgente atenção dada ao assunto e a colaboração sempre inestimável que sabemos poder contar de todo o pessoal auxiliar do Lar.

Sem outro assunto de momento,

com os nossos melhores cumprimentos.

DR. ADOLFO MAGALHÃES

DRA. SANDRA GAVINHA

PORTO, 18 DE OUTUBRO DE 1999

Exmo.Sr.Director Clínico da
Santa Casa da Misericórdia do Porto
Lar Pereira de Lima

Nós, ADOLFO SEVERIANO MAGALHÃES e SANDRA GAVINHA, Médicos Dentistas , Alunos do mestrado de Saúde Oral Comunitária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto,vimos por este meio, pedir autorização a V^a.Ex^a., para realizar um inquérito e levantamento do estado da saúde oral da população deste lar. Sendo que, este último, está enquadrado num trabalho mais alargado e que abrange a população Sénior institucionalizada do Concelho de Gaia.

Desde de já, queremos agradecer a urgente atenção dada ao assunto e a colaboração sempre inestimável que sabemos poder contar de todo o pessoal auxiliar do Lar.

Sem outro assunto de momento,

com os nossos melhores cumprimentos.

DR. ADOLFO MAGALHÃES

DRA. SANDRA GAVINHA